

Anna-Kaisa Backman

Tea Permanto

MIELENTERVEYSKUNTOUTUJEN OMAISTEN KOKEMUKSIA OMAISYH- TEISTYÖSTÄ

Opinnäytetyö
Sairaanhoitaja AMK

2020



Kaakkois-Suomen
ammattikorkeakoulu

Tekijät	Tutkinto	Aika
Anna-Kaisa Backman Tea Permanto	Sairaanhoitaja (AMK)	Kesäkuu 2020
Opinnäytetyön nimi Mielenterveyskuntoutujien omaisten kokemuksia omaisyhteis- työstä		44 sivua 13 liitesivua
Toimeksiantaja Elimäen Fenix-Koti Oy		
Ohjaaja Sari Engelhardt		
<p>Tiivistelmä</p> <p>Tämän opinnäytetyön tutkimuksen kohteena olivat hoitokodissa asuvien mielenterveyskuntoutujien omaiset. Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää mielenterveyskuntoutujien omaisten kokemuksia omaisyhteistyöstä heidän ja hoitohenkilökunnan välillä. Työn tavoitteena oli kuvata omaisyhteistyötä ja löytää tekijöitä, joiden avulla omaisyhteistyötä voitaisiin kehittää. Opinnäytetyön tutkimuskysymykset olivat: Millaiseksi mielenterveyskuntoutujien omaiset kokevat omaisyhteistyön sekä miten omaisyhteistyötä voidaan hoitokodissa kehittää?</p> <p>Opinnäytetyössä käytettiin kvantitatiivista eli määrällistä tutkimusmenetelmää. Opinnäytetyön tutkimusaineisto kerättiin sähköisellä kyselylomakkeella, joka lähetettiin 16 mielenterveyskuntoutujan omaiselle sähköpostitse. Kyselyyn vastasi kahdeksan omaista. Tutkimusaineisto analysoitiin Webropol-ohjelman raportointityökaluja käyttäen ja avointen kysymysten vastaukset analysoitiin teemoittelun avulla.</p> <p>Tutkimustuloksissa kävi ilmi omaisten vahva luottamus hoitohenkilökuntaa kohtaan. Omaiset kokivat sairastuneen lähimmäisensä tulevan hoidetuksi hyvin ja yksilöllisesti. Hoitokodin työntekijät koettiin ystävällisiksi ja avoimiksi, ja yhteistyö heidän kanssaan oli helppoa. Vastauksista nousi kaksi omaisyhteistyön kehittämisideaa. Säännöllistä yhteydenpitoa toivottiin omahoitajalta. Lisäksi omaiset toivoivat yhteisiä tapaamisia ja tapahtumia pidettävän useammin.</p> <p>Tutkimustulokset antavat tietoa omaisyhteistyön toteutumisesta työn toimeksiantajalle. Lisäksi tutkimuksessa saatuja tuloksia voidaan hyödyntää omaisyhteistyön kehittämisessä.</p>		
<p>Asiasanat</p> <p>mielenterveys, mielenterveyskuntoutuja, omainen, omaisyhteistyö</p>		

Authors	Degree	Time
Anna-Kaisa Backman Tea Permanto	Bachelor of Health Care	June 2020
Thesis title		44 pages 13 pages of appendices
Collaboration between the next of kin for the patients in a nursing home and nursing staff		
Commissioned by		
Elimäen Fenix-koti Oy		
Supervisor		
Sari Engelhardt		
Abstract		
<p>The objective of this thesis was to review experiences and collaboration between the next of kin for the patients in a nursing home and the nursing staff. The target was to describe the collaboration and to find factors for improvement. Research questions for this thesis were: How does the next of kin for the patients in a nursing home find the collaboration between the nursing staff and is there room for improvement?</p> <p>The quantitative research method was used in this thesis. The material for the survey was collected via e-mail from 16 persons who are a next of kin for mental patients. Responses were received from 8 persons. The research material was analysed with the help of a reporting tool from Webropol-software and the answers to the questions were analysed by thematising.</p> <p>Results from the questionnaire showed a very strong trust between the next of kin and the nursing staff and that the patients were given a good individual treatment. The nursing-staff was reviewed as friendly and open minded and the collaboration with them was easy. The research showed two development ideas which were increasing regular contact from the nursing staff and more gatherings with common events.</p>		
Keywords		
mental health, family member, family involvement		

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	6
2	TYÖN TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT	7
2.1	MIELENTERVEYS.....	7
2.1.1	Mielenterveyden häiriöt.....	9
2.1.2	Mielenterveyskuntoutuja	11
2.1.3	Mielenterveyskuntoutujien tehostettu palveluasuminen	12
2.1.4	Mielenterveysoikeudet ja itsemääräämisoikeus	13
2.2	OMAISSYHTEISTYÖ.....	14
2.2.1	Mielenterveyskuntoutujan omainen	15
2.2.2	Omaisten roolit.....	17
2.2.3	Tiedonkulku	19
2.2.4	Vuorovaikutus	21
2.2.5	Omahoitajuus.....	21
3	TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET	22
4	TUTKIMUKSEN TOTEUTUS.....	23
4.1	Kvantitatiivinen eli määrällinen tutkimusmenetelmä.....	23
4.2	Kyselylomakkeen laadinta	24
4.3	Tutkimusaineiston keruu ja analysointi	26
5	TUTKIMUKSEN TULOKSET	27
5.1	Mielenterveyskuntoutujien omaisten kokemukset omaisyhteistyöstä	27
5.2	Omaisyhteistyön kehittäminen	31
6	POHDINTA	33
6.1	Tulosten tarkastelu	33
6.2	Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys	37
6.3	Johtopäätökset ja jatkotutkimusehdotukset	40
	LÄHTEET.....	41

LIITTEET

Liite 1. Tutkimustaulukko

Liite 2. Muuttujataulukko

Liite 3. Saatekirje

Liite 4. Kyselylomake

Liite 5. Tutkimuslupa

1 JOHDANTO

Mielenterveyden häiriöt ja psykiatriset sairaudet koskettavat sairastuneen itsensä lisäksi hänen omaisiaan. Yhden ihmisen sairastuminen muuttaa näin monen maailman (Finfami s.a.) Tutkimukset osittavat, että omaisten osallisuudella voi olla keskeinen rooli vaikeista mielenterveyden häiriöistä kärsivien hoidossa. Viime vuosikymmeninä tarve omaisten osallisuuteen on korostunut. Sen avulla mielenterveyden häiriöiden hoitotulosten on havaittu parantuneen. Mielenterveystyössä ei usein pystytä vastaamaan riittävästi hoivatarpeisiin, joten sairastuneen omaiset tulisi nähdä myös tärkeänä hoivaresurssina. On tutkittu, että omaisten osallisuus voi myös säästää sairaanhoidon kuluja. (Landeweer ym. 2017.)

Kiinnostus mielenterveyskuntoutujien omaisten ja hoitotyötä tekevien yhteistyöhön heräsi toisen opinnäytetyön tekijän työelämän kokemuksista. Keskusteluja omaisyhteistyöstä käytiin jo ennen kuin opinnäytetyön tekeminen oli ajankohtaista. Kun syksyllä 2019 pohdittiin opinnäytetyön aihetta, nousi omaisyhteistyö ja omaisten osallistaminen pian esille. Hyvin nopeasti päätettiin näkökulma työlle, ja lopulta päädyttiin tutkimaan omaisyhteistyön tilaa psykiatriassa tehostetun palveluasumisen yksikössä, jossa toinen tutkijoista työskentelee.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista määrittelee lähiomaiseksi esimerkiksi aviopuolison, lapsen, vanhemman tai sisarukset. Lain mukaan jokin muu läheinen henkilö, kuten esimerkiksi avopuoliso voi olla omainen. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785.) Tässä opinnäytetyössä käytetään termiä omainen, joka kattaa perheenjäsenten ja sukulaisten lisäksi esimerkiksi ystävät. Omainen on henkilö, joka tuntee mielenterveyskuntoutujan, on tietoinen hänen sairaudestaan ja pitää häneen yhteyttä säännöllisesti. Omaisyhteistyön velvoite on kirjattu lakiin sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista (Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 22.9.2000/812).

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata mielenterveyskuntoutujien omaisten kokemuksia omaisyhteistyöstä. Työn tavoitteena on tuottaa tietoa, jonka avulla omaisyhteistyötä voitaisiin kehittää.

2 TYÖN TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

Opinnäytetyön aiheeseen liittyviä tutkimuksia haettiin tietokannoista Cinahl, Medic, Google Scholar, Theseus, Finna ja Kaakkuri. Haku rajattiin koskemaan sekä suomen- että englanninkielisiä tutkimuksia. Aineiston haun aikarajaus tehtiin vuosille 2010–2020. Hakusanoina käytettiin useita eri vaihtoehtoja ja lopulta ne valikoituivat parhaiten työmme aiheeseen sopiviksi. Tiedonhaun hakusanoina käytettiin mielenterveys*, omaiset*, perhe*, yhteistyö*, mental*, family* ja involvement*. Hakuja tehtiin useilla sanojen yhdistelmillä. Hakukriteerinä oli, että tutkimus tulee olla kokonaisuudessaan luettavissa maksutta. Aineiston keruussa hyödynnettiin myös saadun aineiston lähdeluetteloita teorialiedon alkuperäislähteiden löytämiseksi. Opinnäytetyössä käytettiin vain luotettavaksi tiedonlähteiksi tiedettyjä sivustoja. Myös kirjastosta löytyvää, aihepiiriin sopivaa kirjallisuutta käytettiin sekä niteinä että e-kirjoina.

Jotta tekstiä olisi helppo ymmärtää ja hahmottaa, päätimme opinnäytetyösämme käyttää asumispalveluyksikössä asuvasta sairastuneesta termiä läheinen ja tutkimuksen kohteena olevasta henkilöistä termiä omainen.

2.1 MIELENTERVEYS

Mielenterveys on ihmisen toimintakyvyn ja hyvinvoinnin perusta. Viime vuosikymmeninä ihmiskunnan fyysinen terveys on jatkuvasti parantunut ja odotettavissa oleva elinikä kasvanut. Samanlaista positiivista kehitystä ei ole nähtävissä mielenterveydessä. Mielenterveyden häiriöt ovat suuri kansanterveydellinen haaste, joka vaikuttaa yhteiskunnan vakauteen ja talouteen eri sektoreilla. Noin puolet työikäisten työkyvyttömyyseläkkeistä koostuvat mielenterveyshäiriöistä. Mielenterveyden palveluiden saattaminen samalle tasolle fyysisten sairauksien hoitamisen kanssa on tavoiteltavaa. Näin ollen olisi välttämätöntä sisällyttää mielenterveys osaksi kaikkia kansanterveysstrategiota. (STM 2020.)

Mielenterveys on tila, jossa ihminen pystyy näkemään omat voimavaransa ja kykynsä, ja hän on kykenevä suoriutumaan oman elämänsä haasteista. Hän pystyy ottamaan osaa yhteisönsä toimintaan. Mielenterveys on muutakin, kuin mielenterveyden häiriöiden tai vamman puuttumista. (WHO 2018.) Mielenterveys vaihtelee, eikä sitä pystytä mittaamaan millään tavoin. Se voidaan jakaa kahteen osa-alueeseen. Positiivinen mielenterveys on elämänlaatua ja toimintakykyä tukeva pääoma. Toisaalta mielenterveyteen kuuluu mielenterveyden häiriöt ja psyykkiset sairaudet. Mielenterveyteen vaikuttavat monet osatekijät, kuten koulutus, varallisuus ja sosioekonominen asema. Mielenterveyden parantamiseen liittyviä taitoja voi omaksua ja opettaa. (STM 2020.)

Ihmisen omaa kokemustaan hyvinvoinnista ja mielen tasapainoista kuvataan mielen hyvinvoinnilla eli psyykkisellä hyvinvoinnilla. Psyykkinen hyvinvointi ajatellaan usein hyvänä mielenterveytenä ja psyykkisenä toimintakykenä, mutta myös mielenterveyshäiriöitä sairastava henkilö voi kokea itsensä psyykkisesti hyvinvoivaksi. Perustarpeista ja tasavertaisista oikeuksista huolehtimalla vaikeakaan sairaus ei estä yhteisöön kuulumista, hyvinvointia ja laadukkaan elämän kokemusta. Voimavarat, joiden avulla ihminen kykenee selviytymään arjen vastoinkäymisistä ja kriisitilanteista, koostuvat psyykkisestä toimintakyvystä. Psyykkinen toimintakyky kattaa tunteisiin, hahmottamiseen, ajatustoimintaan ja ongelmanratkaisuun liittyvät toiminnot. Kognitiiviset taidot ovat psyykkisistä toiminnoista keskeisimpiä. Psyykkisellä sairaudella tarkoitetaan tilaa, joka aiheuttaa toimintakyvylle kärsimystä ja haittaa. Psyykkiselle sairaudelle voidaan asettaa mielenterveyden häiriön diagnoosi oireiden määrän, keston ja vaikeusasteen perusteella. (STM 2020.)

STM:n (2020) raportin mukaan noin 60% mielenterveysalan ammattilaisista on sitä mieltä, että psyykkinen sairaus aiheuttaa leimaantumista. Aikaisempaa avoimemman ja rakentavamman julkisen keskustelun kehittyminen mielenterveydestä näkyy kielteisen leimautumisen vähenemisenä. Sen myötä kynnyks hoidon ja palvelujen piiriin hakeutumiseen on madaltunut.

2.1.1 Mielenterveyden häiriöt

Mielenterveyden häiriö on yleisnimitys erilaisilla psykiatrisille häiriöille, joissa oleellisina ovat mielialan muutokset. Mielenterveyden häiriöt luokitellaan oireiden ja sairauden vaikeusasteen mukaan. Niihin liittyy merkittäviä psyykkisiä häiriöitä, joista aiheutuu kärsimystä ja haittaa henkilölle. Vaikeimmat mielen-terveyshäiriöt aiheuttavat huomattavaa toimintakyvyn ja elämänlaadun heikkenemistä. Hyvä hoito ja tavoitteellinen kuntoutus ovat merkittävässä osassa mielen-terveyshäiriöstä kärsivän tulevaisuutta. Niiden avulla henkilö voi elää tyydyttävää elämää. (THL 2019a.)

Vaikeat elämäntilanteet ja erilaiset kriisitilanteet voivat kuormittaa mielen-terveyttä tilapäisesti. Mielenterveyden häiriöstä puhuttaessa on kuitenkin kysymys useamman tekijän aiheuttamasta jatkuvasta tilanteesta. Useamman stressitekijän luoma pohja altistaa mielen-terveyshäiriön kehittymiselle, jonka jokin kriisi voi lopulta laukaista. Mielenterveyden järkkyyessä on ensisijaisen tärkeää häiriön tunnistaminen, sopivan hoidon löytyminen ja aloittaminen. (THL 2019a.)

Mielialahäiriöt voivat esiintyä masennushäiriöinä tai kaksisuuntaisina mielialahäiriöinä. Masennushäiriössä eli depressiossa mielialamatala, kun taas kaksisuuntaisessa mielialahäiriössä esiintyy kohonneen mielialan ja depression vaihteluita jaksoittain. Masennushäiriöitä voi esiintyä ikää katsomatta missä elämän vaiheessa tahansa. Ominaista masennushäiriölle on mielialan häiriintyminen, joka ilmenee moninaisina oireina. Masennustila voidaan luokitella vaikeusasteen perusteella lieväksi, keskivaikeaksi, vaikeaksi tai psykoositaiseksi. (THL 2019b.)

Depressiossa esiintyy jatkuvaa poikkeuksellista uupumista, sisältäen energian puuttumista, alakuloisuutta sekä mielihyvän ja kiinnostuksen katoamista. Uni-häiriöt ja keskittymisvaikeudet ovat myös tyypillisiä depression oireita. Depressiosta kärsivällä henkilöllä on huonontunut itseluottamus ja vähentynyt omanarvontunto. Hän kärsii kohtuuttomista sekä perusteettomista itsesyytöksistä. Masentunut henkilö voi kokea myös toistuvia kuolemaan ja itsemurhaan liittyviä ajatuksia. (Vuorilehto ym. 2014, 141–142.)

Kaksisuuntaisessa mielialahäiriössä tyypillisiä ovat depression lisäksi esiintyvät mania- ja hypomaniajaksot. Sairastuminen kaksisuuntaiseen mielialahäiriöön tapahtuu tyypillisesti nuorena, mutta se voi myös tapahtua missä iässä tahansa. Kaksisuuntainen mielialahäiriö on harvinaisempi kuin depressio. Tutkimusten mukaan perintötekijöillä on osoitettu olevan merkitys sen puhkeamiselle. Kaksisuuntaista mielialahäiriötä sairastava henkilö sairastaa usein jotain muutakin psykiatrista sairautta. Tyypillisimpiä näistä ovat ahdistuneisuus- tai persoonallisuushäiriöt. (Vuorilehto ym. 2014, 145–146.)

Ahdistuneisuushäiriöissä ahdistuneisuuden tunne on pitkittynyt, voimakas ja toimintakykyä alentava. Ahdistuneisuushäiriöt rajoittavat elämää ja vaikuttavat elämänlaatuun merkittävästi (THL 2019c). Ahdistuneisuutena ilmeneviä mielenterveydenhäiriöitä ovat sosiaalisten tilanteiden pelko, paniikkihäiriöt, julkisten paikkojen pelko, pakko-oireinen häiriö, yleistynyt ahdistuneisuus ja traumanperäiset häiriöt. (Vuorilehto ym. 2014, 149–150.)

Persoonallisuushäiriöissä tyypillisiä ongelmia ovat omien ja toisten tunteiden ja ajatusten havainnointi. Olennaisena piirteenä on henkilölle kärsimystä tai muuta haittaa aiheuttava periksiantamattoman jäykkä kokemisen tai käyttäytymisen tapa. Henkilöllä esiintyy puutteita vuorovaikutustaidoissa ja hänellä on taipumus äkkipikaiseen käytökseen. (Huttunen 2018.)

Psykoottisissa häiriöissä ilmenee harhaluuloisuutta, aistiharhoja, puheen hajanaisuutta ja eriskummallista käytöstä. Psykoosilla tarkoitetaan todellisuudentajun vakavaa häiriintymistä. Psykoottisiin häiriöihin luetaan skitsofrenia, harhaluuloisuushäiriö, skitsoaffektiivinenhäiriö, psykoottinen mania ja depressio, elimellinen psykoosi ja lääkkeiden tai päihteiden aiheuttama psykoosi. (Vuorilehto ym. 2014, 168–169.)

Yleisin ja vaikea-asteisin psykoosisairauksista on skitsofrenia. Sille tyypillisiä oireita ovat harhaluulot ja aistiharhat. Sairastuneen toimintakyky laskee huomattavasti, tunneilmaisuuksia lisääntyy ja niiden sanottaminen vaikeutuu. He ovat myös usein lyhytsanaisia. Skitsofreniaan sairastuneella on korkea itsemurha-

riski. Suurella osalla skitsofreniaa sairastaneista on ennakko-oireita kuukausien tai jopa vuosien ajan. Henkilöistä, joilla ennakoivia oireita havaitaan, joka kolmas sairastuu psykoosin vuoden sisällä. (Vuorilehto ym. 2014, 170.)

Mielenterveyden häiriöstä kärsivät henkilöt kokevat usein syrjintää, leimautumista ja ennakkoluuloja. Ne tulevat esille arkipäiväisissä tilanteissa, kuten sosiaalisissa tilanteissa, työssä ja erilaisessa palveluissa. Mielenterveyttä suojaavien tekijöiden vahvistaminen ja sitä vaarantavien tekijöiden vähentäminen on mielenterveysoikeuksien kulmakivi. Käytännön tasolla kuitenkin koetaan, ettei perusoikeuksien yhdenvertaisuus toteudu. Leimautumisen pelko vaikeuttaa hoitoon hakeutumista. (STM 2020, 26–27.)

2.1.2 Mielenterveyskuntoutuja

Mielenterveyskuntoutuja on täysi-ikäinen henkilö, joka tarvitsee mielenterveyden ongelmien vuoksi kuntoutusta, apua asumisen järjestämisessä tai asumispalveluja (STM 2007). Mielenterveyskuntoutujalla on pitkittynyt, diagnosoitu psyykkinen sairaus. Sairauden myötä henkilön toimintakyky on laskenut elämän yhdellä tai useammalla osa-alueella, minkä vuoksi henkilö voi eristyä sosiaalisista suhteista, ja hänen toimintakykynsä laskee huomattavasti. (Vuorilehto ym. 2014, 105–107.)

Jokainen mielenterveyskuntoutuja tulee nähdä oman elämänsä asiantuntijana, joka pyrkii omiin tavoitteisiinsa, ja on aktiivinen yhteiskunnan jäsen. Myönteinen ajattelu nykytilanteesta ja tulevaisuudesta tulee lähteä kuntoutujasta itseltään. Kuntoutuja ei voi palata menneisyyteen tai sen tapahtumiin, mutta tulevaisuuteen hän pystyy vaikuttamaan. Kuntoutujan mielessä pyörii ajatus: ”Miksi minä sairastuin?”. Sen hyväksyminen vie yksilöllisesti aikaa jokaiselta kuntoutujalta. Hyväksyminen on tärkeässä asemassa kuntoutusprosessin käynnistymisessä ja kulussa. (Koskisuu ym. 2005, 167–169.)

Mielenterveyskuntoutuja etenee kuntoutumisessaan omaa tahtiaan. Ammattilaisen tehtävänä on tukea, luoda toivoa ja antaa realistista tietoa kuntoutujalle hänen tilanteestaan. Kuntoutumisen vaiheet sekä niiden jäsentely auttavat

hahmottamaan kuntoutumisen kokonaisuutta. Ammattilainen antaa tietoa ja ohjaa kuntoutujaa perustarpeiden järjestelyissä. (Koskisu 2004, 74.)

Diagnoosin ja oireiden perusteella ei tule olettaa tai kyseenalaistaa kuntoutujan näkemyksiä. Kuntoutujan oikeus päättää omista asioistaan on tärkeää huomioida. Eettisestä näkökulmasta katsoessa kuntoutujaa tulee tukea ja kannustaa ilmaisemaan oma tahtonsa hoitoon ja kuntoutukseen liittyvissä päätöksissä, huolimatta siitä, että sairaus voi aiheuttaa kuntoutujalla ajattelun ja päätöksenteon vaikeuksia. Kuntoutujaa ei tule aliarvioida, koska mahdollisuus vaikuttaa omiin asioihinsa motivoi häntä kuntoutumisprosessissa kokonaisvaltaisesti. (Vuorilehto ym. 2014, 56–60.)

2.1.3 Mielenterveyskuntoutujien tehostettu palveluasuminen

Mielenterveyslaki (14.12.1990/1116) velvoittaa yhteistyössä asianomaisen ja sosiaalitoimen kanssa, ja kunnan tai kuntayhtymän tarjoaman riittävän hoidon ja palveluiden lisäksi, järjestämään asiakkaan kuntoutukseen liittyvää palveluasumista. Mielenterveyskuntoutujien asumispalvelut on merkittävä avohoitoa toteuttava sektori. Tällä hetkellä Suomessa kuntoutetaan noin 8000 avohoidon potilasta eri asteisesti tuetuilla asumispaikoilla. He sairastavat vaikeaa mielen-terveyden häiriötä, tyypillisesti skitsofreniaa, eivätkä tämä vuoksi pärjää itse-
naisessä asumisessa. Sairaalaapaikkojen tarvetta on viime vuosina vähennetty lisäämällä asumispalveluyksiköitä. (THL 2020.)

Mielenterveyskuntoutujien asumispalvelut kuuluvat sosiaalihuoltolain alaisiin sosiaalipalveluihin. Tehostettua palveluasumista tarjotaan ympärivuorokautista ohjaamista ja hoivaa tarvitsevalle henkilölle. Asukasta avustetaan hänen päivittäisissä toiminnoissaan, kuten henkilökohtaisesta hygieniasta huolehtiminen, ruokahuolto ja lääkehoito. Kuntoutujaa tuetaan ja kannustetaan hallitsemaan arkeaan. Tehostettu palveluasuminen tarjoaa yhteisöllistä asumispalvelua ryhmämuotoisesti. (Mielenterveystalo.fi s.a.) Tehostettu palveluasumisyksikkö käsittää yhteisten tilojen lisäksi jokaiselle asukkaalle oman huoneen tai asunnon. Henkilökuntaa on paikalla vuorokauden ympäri. (STM 2019.) Tehostettu palveluasuminen voi olla väliaikaista tai jatkuvaa. Se muun-

tuu asiakkaan tarpeiden mukaisesti ja palveluiden tarve arvioidaan säännöllisesti. Aukas maksaa asumisestaan vuokran, ruokamaksun, tehostetun palveluasumisen palvelumaksun ja omat lääkekulunsa, sekä päivittäisen elämänsä kulut. Tehostetun palveluasumisen tavoitteena on asiakkaan kuntoutuminen niin, että hän selviytyy itsenäisestä tai kevyemmin tuetusta elämästä. Mikäli se ei ole mahdollista, on tavoitteena säilyttää asukkaan nykyinen toimintakyky. (Kymsote 2019, 4.)

Tehostettua palveluasumista tarjoavalla yksiköllä tulee olla kirjallisesti laadittuna toimintaa ohjaavat arvot ja toimintasuunnitelma. Jokaisen henkilökunnan jäsenen tulee olla sitoutunut arvoihin ja ne, sekä toimintasuunnitelma tulee olla vapaasti henkilökunnan, asukkaiden ja omaisten nähtävillä. Yksiköllä tulee olla myös kirjallisesti, henkilökunnan kanssa yhdessä laadittu, omavalvontasuunnitelma, joka ohjaa päivittäistä työskentelyä ja työntekijöitä laadukkaan hoidon varmistamisessa. (Kymsote 2019, 7–8.) Omavalvontasuunnitelmassa on kirjattu suunnitelma, jolla asukkaiden hoitoa uhkaavat riskit ja epäkohdat pystytään tunnistamaan, ennakoimaan ja korjaamaan nopeasti. Tavoitteena on riskien toteutumisen ennaltaehkäisy. (Valvira 2019.) Asumispalveluyksiköstä tulee myös löytyä kirjalliset ohjeet poikkeustilanteisiin, esimerkiksi asukkaan katoaminen tai tulipalo. Asumispalveluyksiköissä tulee kerätä jatkuvasti asiakaspalautetta. Saatua palautetta tulee käyttää asumisyksikön toiminnan kehittämiseen. (Kymsote 2019, 8.)

2.1.4 Mielenterveysoikeudet ja itsemääräämisoikeus

Mielenterveyspalveluissa tulisi kiinnittää huomiota erityisesti mielenterveysoikeuksien toteutumiseen. Mielenterveysoikeudet koostuvat yleismaailmallisista ihmisoikeuksista sekä perustuslain mukaisista perusoikeuksista. Näihin kuuluvat ihmisten yhdenvertaisuus, kielelliset oikeudet, oikeus tehdä työtä ja saada opetusta, oikeus riittävään elintasoon asumisen, toimeentulon, terveyden ja hyvinvoinnin turvaamiseksi, sekä oikeus sosiaaliturvaan ja riittäviin terveyspalveluihin. Nämä oikeudet edistävät yksilön mielenterveyttä ja suojaavat mielen terveyden riskitekijöiltä. Mielenterveysoikeuksiin sisältyvät mielenterveyttä suojaavien tekijöiden vahvistaminen ja sitä vaarantavien tekijöiden vähentäminen. Ennakkoasenteiden, virheellisten käsitteiden sekä vastakkainasettelun

voittaminen ovat mielenterveysoikeuksien saavuttamisen haasteita. (STM 2020, 25–26.)

Itsemääräämisoikeus tarkoittaa potilaan oikeutta osallistua omaan hoitoonsa koskevaan päätöksentekoon. Olemassa olevaa lainsäädäntöä tulee kehittää niin, että se vahvistaa psyykkisesti sairaan itsemääräämisoikeuden toteutumista palveluissa. Yksittäisen asiakkaan palveluissa tulisi entistä tehokkaammin huomioida asiakkaan yksilölliset mieltymykset ja hänelle merkitykselliset asiat. (STM 2020, 25.) Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (17.8.1992/785) velvoittaa sairastunutta hoidettavan yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. Huomioitavaa on, että sairastuneella on oikeus tehdä myös päätöksiä, jotka vaarantavat hänen terveyttään. Sairastuneella on oikeus kieltäytyä hänelle tarjotusta hoidosta, ja hänellä on oikeus keskeyttää jo meneillään oleva hoito. Jokaisen sairastuneen hoitoon osallistuvan tulee kunnioittaa hoidettavan omia päätöksiä. Useissa sosiaali- ja terveydenhuollon toimintayksiköissä on olemassa juurtuneita käytäntöjä ja kirjoittamattomia sääntöjä, jotka rajoittavat itsemääräämisoikeuden toteutumista. Usein näitä toimintatapoja ei hoitohenkilöstön keskuudessa edes mielletä rajoittamistoimenpiteiksi. Mielenterveyslain (14.12.1990/1116) mukaiset rajoittamistoimenpiteet tulee olla käytössä ainoastaan tahdosta riippumattonta hoitoa toteutettaessa. (Valvira 2015.) Rinne (2014, 13) tutki itsemääräämisoikeuden toteutumista mielenterveyskuntoutujien asumispalveluyksiköissä. Tutkimuksen tavoitteeksi nousi järjestyssääntöjen päivittäminen niin, että itsemääräämisoikeus saataisi näkymään säännöissä. Päivityksen myötä on tarkoitus painottaa asukkaan itsemääräämisoikeuden kunnioittamista, sekä hänen velvollisuuksiaan ja vastuutaan, sillä näiden koettiin edistävän itsemääräsoikeuden toteutumista.

2.2 OMAISYHTEISTYÖ

Omaisyyhteistyö on toimintaa, joka vaatii yhteistyötä kolmen eri sidosryhmän välillä, hoitohenkilöstön, omaisten ja sairastuneen itsensä (Landeweer ym. 2017). Vaikka omaisyyhteistyön hyödyt ovat kiistattomat, on hoitohenkilöstöä usein kritisoitu siitä, että he eivät ota omaisia mukaan sairastuneen hoidon suunnitteluun ja sen toteuttamiseen (Bradley & Green 2017). Kansallinen mie-

lenterveysstrategia ja itsemurhien ehkäisyohjelma vuosille 2020–2030 määrittelee linjauksessaan, että palvelujen suunnittelussa otetaan erityisesti huomioon ryhmät, jotka muuten olisivat vaarassa jäädä eriarvoiseen asemaan. Palvelun tarjoavat ottavat huomioon sairastuneen omaiset voimavarana. (STM 2020, 29.) Mielenterveyspotilaan perhesuhteiden tunteminen on pohja yhteistyösuhteen syntymiselle. Sairastunutta tulisi kannustaa ottamaan omaisensa osaksi hoitoaan. (Hämäläinen ym. 2017, 191–192.) Omaisilla tulisi olla mahdollisuus olla mukana sairastuneen läheisensä elämässä heti sairastumisen alusta lähtien (Mielenterveystalo.fi s.a.). Omaisia tulisi rohkaista ottamaan kantaa läheisensä hoitoon liittyviin päätöksiin. Jaettu päätöksenteko ei ole muodostunut rutiiniksi terveydenhuollossa huolimatta sen tärkeydestä, ja positiivisista seurauksista hoidon vaikuttavuuteen. Hoitohenkilöstö toimii usein portinvartijana omaisten ja sairastuneen välillä, eikä hoitolinjauksia tehdä yhteistyössä. Omaiset voivat tarjota merkittävässä määrin tietämystä ja apua terveydenhuollon henkilöstölle kroonisesti sairastunutta hoidettaessa. Tarve omaisten ottamiselle mukaan hoidon suunnitteluun ja toteutukseen on tunnistettu viime vuosikymmeninä paremmin. Nykyinen hoitojärjestelmä tarvitsee yhä enemmän omaisten osallistumista. (Landeweer ym. 2017.)

2.2.1 Mielenterveyskuntoutujan omainen

Mielenterveyskuntoutujan omaiset ovat melko heterogeeninen ryhmä. He voivat olla lapsia, lapsenlapsia, vanhempia, puolisoita, naapureita tai ystäviä. Suhde mielenterveyskuntoutujan ja omaisen välillä voi vaihdella etäisestä läheiseen. Omaisella on käsitys läheisestään jo pidemmältä ajalta. Kokemukset ennen sairastumista, ja sen jälkeen sairastuneessa läheisessä tapahtuneet muutokset muovaavat omaisen suhtautumista läheiseen ja hänen hoitoonsa. (Peltola 2017, 17.) Omaisen ja hoitohenkilöstön välisessä kumppanuudessa omainen on asiantuntija sairastuneen läheisensä arjen tuntemisessa. Omaisen osaa kertoa, mikä läheiselle on normaalia ja mikä poikkeavaa (Pasonen 2016, 60.) Tutkimusten mukaan hyvä potilaiden ja omaisten välinen yhteistyö, varsinkin perhekeskeisissä hoitoyksiköissä, kuten psykiatrinen hoito, edistää myös hoitajien työhyvinvointia. Näissä perhekeskeisissä yksiköissä suhtautuminen potilaiden omaisiin on keskimääräistä myönteisempää. (Vuorenmaa ym. 2016, 89–94.) Potilaan näkeminen oman perheen tai lähipiirinsä jäsenenä

on yksi hyvän hoidon elementti. Perhekeskeisyys on keskeinen toimintamalli mielenterveystyössä ja sen tulisi alkaa jo ensikohtaamisesta. Vaikka hoidon keskiössä nähdään yksilö, on perhe ja omaiset merkittävä taustatekijä mielen-
terveystyössä. (Hämäläinen ym. 2017, 190–193.) Perhekeskeisyys vakavista mielenterveyden häiriöistä kärsivän hoitamisessa on ollut keskeinen linjaus Britanniassa jo yli viidentoista vuoden ajan. Se noudattaa kansainvälistä ymmärrystä omaisen tukemisen tärkeydestä. Asiaa tutkittaessa on käynyt ilmi, että omaisten roolit olivat lähtöisin käytännöllisestä näkökulmasta, ei niinkään sairastuneen toipumiseen tähtääviä. (Bradley & Green 2018).

Omaisten ja hoitajien toimiva yhteistyö ja säännölliset tapaamiset parantavat hoivan ja hoidon vaikuttavuutta. Ne parantavat myös sairastuneen ja omaisen kokemuksia hoidon laadusta. Mielenterveystyössä omaisen voidaan nähdä hoitokumppanina ja tärkeänä hoivaresurssina. (Pasonen 2016.) Luottamuksellinen hoitosuhde sekä sairastuneeseen, että hänen omaisiinsa, lisää turvallisuuden tunnetta. Omaisyhteistyön kehittäminen myös hoitokotiympäristössä on tarpeen. Erityisesti kehittämiskohteiksi ovat nousseet tiedottamisen käytännöt, ensimmäinen kohtaaminen omaisen ja hoitajan välillä sekä omaisen tukemisen ja ohjaamisen tarpeiden huomioiminen. (Kotiranta 2015.)

Mielenterveystyössä omaisten huomioiminen korostuu, sillä läheisen sairaus kuormittaa usein myös heitä. Omaiset ovat hyvin yksinäisiä ajatustensa kanssa, sillä läheisen mielenterveysongelmista vaietaan helposti. Omaisyhteistyössä korostuu tapa huomioida omaiset. Heidät tulisi ottaa huomioon yksilöinä. Hoitohenkilöstön olisi tärkeää kysyä välillä myös omaiselta, kuinka hän jaksaa. Tärkeinä tukitoimina koetaan ajan antaminen ja kuuntelu. Omaisten tulee saada myös riittävästi tietoa ja tukea. Ammattilaisen tulee antaa tietoa omaisille heille suunnatuista tukimuodoista, erilaisista vertaistukiryhmistä ja omaisyhdistyksistä. (Vuorilehto ym. 2014, 72–73.) Omaisten taholta hoitajiin kohdistuu erilaisia odotuksia ja toiveita. Hoitohenkilöstön tulisi kunnioittaa niitä ja niistä olisi hyvä käydä avointa keskustelua hoitajien ja omaisten kesken. (Hämäläinen ym. 2017, 194.)

2.2.2 Omaisten roolit

Omaiset ovat tärkeässä roolissa psyykkisesti sairastuneen elämässä. Heidän osallistumisensa sairastuneen läheisensä elämään heti sairastumisen alusta asti on suuri voimavara sairastuneelle. (Mielenterveystalo.fi s.a.) Karhula (2015, 29–34) ja Pasonen (2016, 58–67) tutkivat mielenterveysongelmista kärsivien omaisten kokemuksia läheisensä hoidosta. Tutkimuksissa sairastuneen omaisille nousi esille erilaisia rooleja läheisensä hoitoon osallistumisessa. Osa omaisista ajattelee itsensä sairastuneen etujen valvojana ja vierellä kulkijana, osa yhteistoimijana ja tukijana. Jotkut omaiset kokevat itsensä tiedon välittäjän tai arjen piristäjänä, jotkut taas kokevat itsensä näkymättömänä. Omaisen tehtävänä ei tule olla hoidon laadun varmistaminen. Parhaimmillaan omaiset toimivat lähimmäisensä arjen asiantuntijana hyvinvointia edistettäessä. (Karhula 2015, 30.) Pasosen (2016, 58) tutkimuksessa omaisille nousevat roolit kulkevat sanalla *positio*. Pasosen tutkimuksessa positioita on viisi: omainen itsenäisenä tuen saajana, omainen huolenpitokumppanina, omainen takapäivystäjänä, omainen altavastaajana ja omainen sivusta seuraajana. Positiot eivät sulje toisiaan pois ja ne voivat vaihdella sairastuneen hoidon eri vaiheissa. Omainen voi sijoittua myös useaan positioon samanaikaisesti.

Karhulan (2015, 29–34) tutkimuksessa haastateltavilta nousi esiin useita eri rooleja. Jotkut haastateltavat kuvasivat itsensä yhteistoimijana, joka koki tekevänsä yhteistyötä hoitotyön ammattilaisen kanssa. He kokivat olevansa tärkeässä roolissa sairastuneen hyvinvoinnin edistäjänä. Luottamuksen tunnetta he kokivat sekä hoitajan, että sairastuneen läheisensä taholta. Tässä roolissa osallisuuden kokemus oli voimakkain. Asumispalveluyksikössä yhteistoimijat otettiin automaattisesti mukaan sekä virallisiin, että vapaamuotoisiin tilaisuuksiin. Kokemus yhteistoimijuudesta syntyi jo vähäisellä hoitohenkilöstön taholta tulleelta huomioimiselta. Pasosen (2016, 60) tutkimuksessa nousi esiin vain vähän tapauksia, joissa hoitohenkilöstön jäsen olisi osoittanut kiinnostusta omaisen näkemykseen sairastuneen voinnista. Omaisista vain yksi kertoi hoitohenkilöstön kysyneen häneltä, kuinka sairastunut omaisen mielestä voi.

Tiedonvälittäjät antoivat hoitohenkilöstölle arvokasta tietoa ja ohjeita omaisensa hoidosta ja toimintakyvystä, jopa hoitotoimenpiteistä. Heille oli myös tärkeää kertoa omaisensa mieltymyksistä ja tottumuksista. Tyypillistä tiedonvälittäjille oli pitää huolta myös muista omaisista. Tiedonvälittäjän toiminta oli tilannesidonnaista, ja hoitotyöntekijät suhtautuivat siihen vaihtelevasti. Joissain yksiköissä tieto otettiin kiitollisena vastaan, kun taas toisessa ei sen katsottu olevan tarpeellista. (Pasonen 2016, 61.)

Huolehtija kantoi vastuun siitä, että hänen omaisensa sai tarvitsemansa hoidon ja tuen ja että hänen hoitonsa oli tarkoituksenmukaista. Huolehtija saattoi jopa huolehtia läheisensä lääkityksen oikeellisuudesta. He kokivat joskus, että hoitohenkilökunta piti heidän toimiaan liiallisina ja he olivat saaneet siitä toisinaan negatiivista palautetta. (Karhula 2015, 32.) Pasosen (2016, 61) tutkimuksessa huolehtijasta käytetään termiä takapäivystäjä. Takapäivystäjän rooli nousi esille varsinkin silloin, kun sairastunut oli muuttanut pois asumispalveluyksiköstä.

Asianajajat puolustivat omaisensa oikeuksia saada tarvitsemansa palvelut. He toimivat linkkinä eri palvelujen välillä. He kokivat saatavilla olevan tiedon olevan pirstaleista ja toivoivat, että olemassa olisi yksi henkilö, joka hoitaisi kaikkien palveluiden koordinoimisen. Asianajajien osallisuus oli vaihtelevaa ja joskus he pelkäsivät toimiensa aiheuttavan vaikeuksia omaisensa avunsaannille. (Karhula 2015, 33.)

Arjen piristäjä keskittyy tuomaan iloa omaisensa elämään. He kokivat toimintansa mielekkääksi. (Karhula 2015, 34.) Omaisen positio itsenäisen tuen saajana perustui omaisen omaan asiakkuuteen mielenterveyspalvelujen käyttäjänä (Pasonen 2016, 67).

Kokemus näkymättömyydestä (Karhula 2015, 35) ja sivustaseuraajana (Pasonen 2016, 66–67) nousi esiin usealta haastateltavalta. Osallisuutta ei juuri ollut, ja he kokivat, että heidän ponnistelujaan omaisensa hyväksi ei huomattu. Usein nämä roolit perustuivat jonkin tarpeen täyttämiseen. Osallisuuden määrä koettiin tutkimuksessa vaihtelevaksi, joillakin haastatelluilla osallisuutta

ei ollut lainkaan. Joskus osallisuus oli sidottuna johonkin asiaan tai tapahtumaan (Karhula 2015, 29–34). Pasosen (2016, 63–65) tutkimuksessa nämä näkymättömät omaiset nimettiin altavastaaajaksi. Heidän toiveitaan tai mielipiteitään sairastuneen läheisen hoidosta ei kuunneltu, vaan he kokivat itseään vastassa olevan ammattilaisten muodostaman muurin, joka sivuutti omaisen näkemykset. Usein yhteistyö omaisten ja ammattilaisten välillä on näennäistä. Omaista ikää kuin kuunneltaisiin, mutta käytännön tasolle omaisen näkemyksiä ei juuri viedä. Myös Leinosen (2015, 48) tutkimuksessa kävi ilmi, että sairastuneen läheiset tulevat sivuutetuksi. Usein luotetaan juuri ammattihenkilöstön ammattitaitoon ja kykyyn arvioida, mikä sairastuneelle on parasta. Tämä kertoo psykiatrisen hoidon ammattilaislähtöisyydestä. Varsinkaan lääkehoitoa koskeviin kysymyksiin omaisilla ei ollut juuri mahdollisuutta vaikuttaa.

Läheisensä hoitoon osallistuvien on usein vaikeaa saada kontaktia hoitohenkilöstöön. Se vaati heiltä aloitteellisuutta, aktiivisuutta ja kykyä tehdä aloite. Pasosen tutkimukseen (2016, 67) osallistuneet omaiset olivat sairastuneen persoonan, menneisyyden ja arkisten asioiden asiantuntijoita, joiden mielipidettä kuitenkin harvoin kuultiin.

2.2.3 Tiedonkulku

Asumispalveluyksikön asukkaiden omaisiin pidetään yhteyttä vain asukkaan suostumuksella. Asukkaan niin halutessa, on yhteydenpito säännöllistä ja jatkuvaa. (Kymsote 2019, 20.)

Yksityisyyden suoja ja luottamuksen rikkoontuminen on koettu joissakin tutkimuksissa tiedonkulun esteeksi. Usein hoitohenkilöstö esittää huolensa mahdollisesta vaitiolovelvollisuuden rikkomisesta. Toisaalta on myös omaisia, jotka eivät halua jakaa perheen asioita hoitohenkilöstön kanssa. Usein hoitohenkilöstölle on myös epäselvää, antaako hoidettava suostumuksensa tietojen jakamiselle. (Landeweer ym. 2017.)

Asukkaalla on oikeus perhe- ja ystävyssuhteidensa ylläpitoon ja hänellä on oikeus turvautua läheisiinsä aina niin halutessaan. Asumispalveluyksikön asukas saa kutsua omaisiaan ja ystäviään kylään. Yksikön henkilökunnan tulee

tukea asukkaan yhteydenpitoa läheisiinsä ja kannustaa ja opastaa asukasta ihmissuhteiden ylläpidossa. (Kymsote 2019, 20.) On olemassa myös omaisia, jotka eivät ymmärrä hoidettavan sairautta ja pelkäävät sairastuneen leimaavan hänet muiden silmissä. Toisinaan omaiset kokevat, etteivät he halua olla osallisena hoitohenkilöstön ja hoidettavan väliseen suhteeseen. Omaiset luottavat siihen, että ammattilainen tietää heitä paremmin, mikä sairastuneelle on hyväksi. Omaisia ei voi myöskään velvoittaa olemaan osallisena läheisensä hoidossa. (Landeweer ym. 2017.)

Omaisen ja hoitohenkilöstön välisessä kanssakäymisessä keskiöön nousi omaisen ja ammattihenkilön kohtaaminen, jonka keskeisenä elementtinä oli tiedonkulku ja tiedon vaihtaminen (Pasonen 2016, 68; Karhula 2015, 36). Tiedon toivottiin kulkevan sekä etukäteen järjestetyissä tapaamisissa, kuin satunnaisissa kohtaamisissakin. Hoitohenkilöstön tulisi tiedostaa heidän velvollisuutensa jakaa tietoa omaisille. Huono tiedonkulku on koettu esteeksi omaisyhteistyölle. (Bradley & Green 2018.) Erityisesti kauempana asuvat omaiset toivoivat säännöllistä yhteydenpitoa hoitohenkilöstöltä puhelimitse tai sähköpostitse. Tieto kulki usein vain omaisen voinnin huonontuessa ja haastatelluilta nousi toivomus yhteydenotoista myös silloin, kun kaikki on hyvin. Hyvä tiedonkulku vaati omaisilta usein aktiivisuutta ja heidän tuli sitä jopa vaatia. Rakentavan kritiikin antaminen ja ehdotelmien tekeminen toimintatapojen muuttamiseksi oli omaisille vaikeaa, sillä he pelkäsivät, että palautteen antaminen heikentäisi omaisensa saaman hoidon laatua. (Karhula 2015, 34.) Leen ym. (2017) tutkimuksessa yli kolmannes vastaajista on kokenut tiedon puutetta ja epätietoisuutta omaisensa hoitoon liittyvissä kysymyksissä. Hoitohenkilöstön antama tieto on aiheuttanut sekaannuksia ja hämmennystä.

Leen ym. (2017) tutkimuksessa näkemyserot hoitomenetelmien valinnassa omaisten ja hoitohenkilöstön kesken oli keskeinen yhteistyötä haittaava tekijä. Viidennes vastaajista koki, ettei hän ole tullut kuulluksi omaistaan koskevilla hoitolinjauksien valinnoissa. Ideaalinen tilanne olisi se, että sekä ammattilaisen, että omaisen tiedot ja näkemykset voitaisi yhdistää toisiaan kunnioittaen niin, että potilaan hoidossa päädyttäisiin molempia osapuolia tyydyttävään ratkaisuun. Joskus omaisen voi olla vaikeaa hyväksyä se, että lopulliset sairastuneen hoitoa koskevat päätökset tekee lääkäri (Leinonen 2015, 48).

2.2.4 Vuorovaikutus

Toimivan vuorovaikutussuhteen muodostuminen on edellyttää omaisen luottamusta ja tarvittavaa tiedonkulkua. Karhulan (2015, 36) tutkimuksissa juuri tiedonkulku nousi tärkeimmäksi vuorovaikutuksen osatekijäksi. Toimiva vuorovaikutus on keskeinen elementti omaisen kokemukselle hyvästä ja ystävällisestä hoitohenkilöstöstä. Avoin, kuunteleva ja helposti lähestyttävä, aivan tavallinen hoitaja luo pohjan yhteistyön rakentumiselle. Henkilökunnan ammattimaisuus ja asiantuntemus voi antaa joskus myös etäisen vaikutelman. Ammatillaisen tulisi olla kykeneväinen muodostamaan luontevan vuorovaikutussuhteen omaisten kanssa. (Leinonen 2015, 49.) Omaisten kokemusten mukaan vuorovaikutus hoitohenkilökunnan kanssa jää usein pinnalliseksi, jos aloitteellisuus keskustelulle jää omaisten vastuulle. Onnistuneella vuorovaikutuksella ja yhteydenpidolla on merkittävä vaikutus omaisten tyytyväisyyteen (Räsänen 2014, 47–51). Leinosen (2015, 49) tutkimuksissa sairastuneiden omaiset toivat ilmi kokemuksia hoitohenkilöstön kielteisestä suhtautumisesta omaisiin. Hoitajien kerrottiin jopa karttavan omaisia ja heidän käyttäytymisensä arvioitiin työkeänä. Tutkimuksissa nousi esiin myös positiivisia kokemuksia, kuten esimerkiksi kiireettömät tapaamiset hoitohenkilöstön kanssa. Omaiset kaipaavat usein myös epävirallisia juttutuokioita hoitohenkilöstön kanssa. Niiden on myös todettu lisäävän luottamusta hoitohenkilöstöä ja hoitopaikkaa kohtaan. (Kotiranta 2015, 19.) Hoitotyötä tekevän tulee noudattaa viestinnässään erityistä ammatillista sensitiivisyyttä. Hoitohenkilöstö saattaa omalla viestinnällään tai viestimättömyydellään huomaamattaan lisätä omaisen ahdistusta. Vaikeassa tilanteessa oleva saattaa helposti kuulla tai ymmärtää sellaisiakin asioita, joita viestijä ei ole tiedostaen tarkoittanut sanoa. Empaattinen, tasavertainen ja kunnioittava viestintä on ammattimaisen vuorovaikutuksen perusta. (Roivas & Karjalainen 2013, 105.)

2.2.5 Omahoitajuus

Jokaiselle asumispalveluyksikön asukkaalle tulee olla nimettynä omahoitaja. Lisäksi Kymsote (2019, 18) on osoittanut jokaiselle asukkaalle omatyöntekijän (ks. Sosiaalihuoltolaki 30.12.2014/1301, 42. §). Asukkaan ja hänen edunvalvojansa tiedossa tulee olla, kuka sairastuneen omahoitajaksi on nimetty.

Omahoitajan tehtävänkuva on määritelty kirjallisesti. Asukkaan omahoitajan tehtävänä on huolehtia kaikista asukkaan hoitoon liittyvistä tehtävistä. Omahoitajuusjärjestelmän on tarkoitus parantaa asukkaan ja omaisen välistä yhteistyötä. Vähintään kerran vuodessa laadittava hoitosuunnitelma on omahoitajan tehtävä. Suunnitelma on laadittava yhteisymmärryksessä asukkaan ja hänen omaisensa tai läheisensä kanssa tai hänen laillisen edustajansa kanssa. Omahoitajan roolina on olla yhteyshenkilö asukkaan omaisiin.

Hoitosuunnitelmien tekemisessä, ja käytänteistä sopimisessa on olemassa kirjavia käytänteitä. Osa omaisista ei edes ole tietoisia hoitosuunnitelmien laadinnasta, toiset taas tietävät, mutta eivät tiedä mahdollisuudesta osallistua sen laatimiseen. Ne, jotka olivat osallistuneet hoitosuunnitelman laadintaan, kokivat tulleen kuulluksi läheisensä hoidon suunnittelussa. (Karhula 2015, 38.)

Omahoitajuutta arvostetaan, joten omahoitajan nimeäminen ja esittäytyminen, heti hoitosuhteen alussa, olisi tärkeää hyvän hoitosuhteen luomiseksi. Omaiset kaipaavat usein tietoa melko arkisista asioista, kuten yleisvointiin, ruokailuun ja kuntoutus- ja viriketoimintaan liittyvissä asioissa. Omaiset kokevat keskustelut omahoitajan kanssa tärkeiksi ja toivovat niihin riittävästi aikaa. Omahoitajan yhteydenpidon lisäksi koko hoitohenkilöstöllä on yhteinen vastuu toimivasta yhteistyöstä. (Räsänen 2014, 47–51.) Urosen (2011, 33) tutkiessa omaisyhteistyötä nousi esille omaisten toive, että omaiset otettaisiin mukaan heti hoitosuhteen alussa hoidon todellisina yhteistyökumppaneina. Hyvä yhteistyösuhte vaatii tiivistä yhteistyötä omaisten ja hoitohenkilökunnan välillä hoidon suunnittelusta lähtien. Omahoitajan rooli korostuu, hänen toivotaan olevan luotettu henkilö, jonka kanssa voidaan keskustella omaiseen liittyvistä asioista syvemmin.

3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata mielenterveyskuntoutujien omaisten kokemuksia omaisyhteistyöstä. Työn tavoitteena on tuottaa tietoa, jonka avulla omaisyhteistyötä voitaisiin kehittää.

Opinnäytetyössä haetaan vastausta seuraaviin tutkimuskysymyksiin:

1. Millaiseksi mielenterveyskuntoutujien omaiset kokevat omaisyhteistyön?
2. Miten omaisyhteistyötä voidaan hoitokodissa kehittää?

4 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

4.1 Kvantitatiivinen eli määrällinen tutkimusmenetelmä

Kvantitatiivinen eli määrällinen tutkimusmenetelmä on tutkimustapa, jonka tutkimustuloksia kuvataan numeerisesti. Avainasemassa kyseissä menetelmässä on muuttuja. Se vastaa kysymyksiin, ”mikä?”, ”missä?”, ”paljonko?” ja ”kuinka usein?”. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa tutkimustieto saadaan numeroina tai se voidaan lajitella numeeriseen muotoon. Tutkija avaa saadut numerot sanalliseen muotoon. (Vilka 2007, 14; Heikkilä 2014, 15.) Kvantitatiivisella tutkimuksella pystytään selvittämään olemassa oleva tilanne, mutta ei syitä siihen. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa ainestoa kerätään yleensä standardoidulla tutkimuslomakkeella, missä on valmiit vastausvaihtoehdot. Aineistosta saatuja tuloksia voidaan kuvata taulukoilla ja kuvioilla. (Heikkilä 2014, 15.)

Kvantitatiivinen tutkimusprosessi alkaa tutkimusongelman määrittämisellä. Asiaan perehdytään tarkemmin tutkimalla asiasta olemassa olevaa kirjallisuutta ja tutkimuksia. Tämän jälkeen laaditaan tutkimussuunnitelma, ja rakennetaan tiedonkeruuväline, eli tutkimuslomake. Tutkimuslomakkeiden palautuksessa tiedot käsitellään ja analysoidaan ja tulokset raportoidaan. Lopuksi tehdään johtopäätökset tutkimuksessa saadun tiedon pohjalta. Tämä jälkeen tutkimus on valmis käytäntöön vietäväksi. (Heikkilä 2014, 23.)

Alun perin tarkoituksena oli kerätä tutkimusaineistoa teemahaastatteluin, mutta koronapandemian vuoksi voimaan astuneet liikkumis- ja tapaamisrajoitukset pakottivat meidät vaihtamaan tutkimusmenetelmää. Vallitsevan tilanteen takia asiaa päädyttiin tutkimaan kvantitatiivisella tutkimustavalla, internetkyselynä.

4.2 Kyselylomakkeen laadinta

Kysely on aineiston keruumenetelmä, jota käytetään, kun tutkimuskohteena on henkilö ja häntä koskevat asiat, kuten esimerkiksi vastaajan mielipide tutkittavasta asiasta. Kyselyä voidaan käyttää myös hyvin henkilökohtaisten asioiden selvittämiseksi, koska vastaajan anonyyminä pysyminen mahdollistaa vastaamisen arkaluontoisempiinkin kysymyksiin rehellisesti. (Vilkka 2015.)

Tutkimusaineiston keräämiseksi laadittiin Webropol-ohjelmistolla sähköinen kyselylomake, joka suunnattiin tuetun palveluasumisen yksikössä asuvien mielenterveyskuntoutujien omaisille. Kyselylomakkeesta tehtiin standardoitu, jolloin kysymykset ovat kaikille vastaajille samanlaiset ja ne esitetään samassa järjestyksessä. Kysymykset olivat strukturoituja eli niihin annettiin valmiit vastausvaihtoehdot. (Vilkka 2007, 27–29.)

Kyselylomakkeen laadinnassa on varmistuttava siitä, että kyselyyn vastaavilla on olemassa tieto, johon vastauksia halutaan. Tiedon olemassaolo myös parantaa motivaatiota kyselyyn vastaamiseen. Tärkeää on varmistaa se, että vastaajalla on tekniset valmiudet vastata kyselyyn, esimerkkinä internetissä täytettävä kyselylomake. Huolella laadittu tutkimussuunnitelma on pohja onnistuneelle kyselylomakkeelle. Lomakkeen kysymysten tulee mitata juuri niitä asioita, mitkä tutkimussuunnitelmassa suunnitellaan mitattavan ja vastausten tulee antaa vastauksia tutkimusongelmaan. Tärkeää on varmistaa, että jokaiselle vastaajalle löytyy sopiva vastausvaihtoehto. (Heikkilä 2014.) Erityistä huomioita kiinnitettiin kysymysten muotoon ja kyselyn ulkoasuun. Selkeällä ja loogisella ulkoasulla pyrittiin motivoimaan vastaajaa. Lomaketta laadittaessa on tärkeää tiedostaa, että lomakkeen lähettämisen jälkeen ei kysymyksien asettelua voida enää muokata (Vilkka 2007, 63–64).

Kyselylomakkeen (liite 4) kysymykset laadittiin vastaamaan mahdollisimman kattavasti tutkimusongelmaan. Kysymykset muotoiltiin yksiselitteisiksi ja vastausvaihtoehdot toisensa poissulkeviksi. Kysymysten asettelussa huomioitiin, että vastaajat ymmärtävät kysymyksen niin kuin tutkijat ovat sen tarkoittaneet. Kysymyksistä laadittiin lyhyitä ja helposti ymmärrettäviä. Kysymyksissä käytetty termistö oli selkeää, se ei vaatinut hoitoalan tuntemista. (Ks. Vilkka 2007,

70–74.) Kyselylomakkeen kysymykset laadittiin teoriasta nousseiden keskeisten käsitteiden mukaisesti muuttujataulukkoa (liite 2) käyttäen. Aihealueiksi muodostuivat yhteydenpito, tiedonkulku, vuorovaikutus, omaisyhteistyö, omahoitajuus ja omaisyhteistystä tukeva toiminta. Kysymykset jaoteltiin näiden aihealueiden mukaan. Kyselylomakkeen etuna oli se, että vältimme haastattelijan vaikutuksen vastauksiin.

Kyselylomakkeen alussa esitettiin kolme taustakysymystä, joilla kartoitettiin, kuinka usein vastaaja käy tapaamassa omaistaan tai on muutoin yhteydessä häneen. Lisäksi kysyttiin, kuinka vastaajat keskimäärin kokevat hoitohenkilöstön suhtautumisen omaiseensa. Tyypillisesti omaisen kokemus sairastuneen läheisensä kohtelusta näkyy omaisen tyytyväisyyden määrässä.

Monivalintakysymyksiä kyselyyn tuli kaksi. Näiden tarkoituksena oli selvittää omaisten toiveita omahoitajan yhteydenpidon aiheista ja välineistä. Yksi lomakkeen kysymyksistä oli kyllä–ei-kysymys, jolla kartoitettiin omaisen toiveita mahdolliseen omahoitajan säännölliseen yhteydenpitoon.

Asiakastyytyväisyyttä ja mielipidettä mitattaessa käytetään tyypillisesti Likertin asteikkoa. Likert-asteikossa vastaaja määrittää, kuinka vahvasti hän on samaa mieltä kyseisen väittämän kanssa. (Heikkilä 2014, 51.) Kyselylomakkeellamme selvitettiin vastaajien asenteita ja käyttäytymistä. Se sisälsi kuusi Likertin viisiportaisen vastausasteikkoon perustuvaa kysymystä. Likertin asteikossa toisena ääripäänä oli *täysin samaa mieltä* ja toisena ääripäänä oli *täysin eri mieltä*. Näiden ääripäiden välissä oli vastausvaihtoehto *en osaa sanoa*, jota vastaaja voi halutessaan käyttää, mikäli hän ei osaa arvioida kokemaansa. Avoimia kysymyksiä laadittiin kuusi, ja ne toimivat Likert-asteikon kysymysten jatkokysymyksinä. Avointen kysymysten tarkoituksena oli antaa vastaajille mahdollisuus kertoa kysymykseen liittyvistä kokemuksistaan vapaasti omin sanoin. Kyselyn lopussa kartoitettiin matriisikysymyksen avulla minkä kokonaisarvosanan omaiset antavat omaisyhteistyöstä.

Kysely esitettiin viidellä henkilöllä, joiden omainen on ollut hoidettavana jossakin asumispalveluja tuottavassa yksikössä. Esitestaajat kokivat alkupe-
räisen kyselylomakkeen osittain toistavan samoja asioita, joten kysymyksiä

päädyttiin tiivistämään, sekä kysymysten asettelua paranneltiin. Näiden muutosten jälkeen testaajat kokivat vastaamisen mielekkääksi ja kysymysten olevan edelleen hyvin ymmärrettäviä. Esitestajat mittasivat kyselyyn vastaamiseen kuluvan ajan, keskimäärin siihen kului aikaa 8 minuuttia.

4.3 Tutkimusaineiston keruu ja analysointi

Kuntoutujan käsitys omasta lähipiiristään määrittää tässä tutkimuksessa käsitteen omainen. Kyseessä voi siis olla biologisen sukulaisen sijaan ystävä, tai muu asukkaan itse nimeä läheinen. Tähän tutkimukseen valikoitui kaikki ne omaiset, joiden yhteystiedot ovat toimeksiantajan tiedossa. Hoitokodin yrittäjä toimi yhteyshenkilönämme hoitokodin asukkaiden omaisiin. Hän lähetti 16 omaisille tekstiviestin, tiedustellen heidän halukkuuttaan osallistua tutkimukseen. Halukkaita osallistujia pyydettiin lähettämään vastausviestillä sähköpostiosoite, johon linkki tutkimukseen lähetettiin. Viestiin vastasi kahdeksan omaista. Heille toimeksiantajan edustaja lähetti 2.5.2020 saatekirjeen, johon oli sisällytetty linkki Webropol-ohjelmalla laadittuun sähköiseen kyselylomakkeeseen (liite 3). Vastausaikaa kyselyyn oli 10.5.2020 saakka.

Potentiaalisten vastaajien määrä ei ollut kovin suuri, joten käytimme tutkimusessamme kokonaisotantaa (Vilka 2007, 52–57). Koska toinen opinnäytetyön tekijä työskenteli tutkimuksen kohteena olevassa yksikössä, mahdolliset tiedustelut, ja vastaukset ohjattiin sille tekijälle, joka ei työskentele yksikössä. Vastausajan päätyttyä toinen tutkijoista kävi käsittelemättömät tiedot, eli tutkimusaineiston läpi, jotta tutkimuksen kohteena olevassa yksikössä työskentelevän tekijän ei ole mahdollista tunnistaa vastaajan henkilöllisyyttä. Kysely suoritettiin ja tutkimusaineisto analysoitiin Webropol-ohjelmistoa käyttäen. Ohjelman raportointiosio kokosi kyselyn tulokset automaattisesti perusraportiksi ja muodosti saaduista tuloksista graafiset taulukot, joita tutkijat pystyivät muokkaamaan ulkoasultaan haluamaansa muotoon. (Webropol s.a.) Tutkimustuloksia kuvatessa käytettiin graafisia taulukoita sanallisen tulosten esittämisen tukena. Niillä pyrittiin selkiyttämään tutkimustulosten esittelyä. Tutkimusaineiston avointen kysymysten vastaukset analysoitiin teemoittelun avulla.

Henkilötietolaki (22.4.1999/523) velvoittaa, että tutkimustuloksia analysoitaessa tulee aina varmistaa vastaajan yksityisyyden suoja. Henkilötiedot tulee muuttaa tunnistamattomaan muotoon. Asiattomien käsiksi pääsy henkilötietoihin tulee estää. Henkilötietolakia tulee noudattaa kaikissa tutkimuksen vaiheissa. Tutkimusohjelman asetusten avulla pystyimme määrittämään vastauksen lähettäjän pysymisen anonyymina.

5 TUTKIMUKSEN TULOKSET

Vastauksia kyselyyn tuli määrääjassa 8. Vastausprosentiksi muodostui 50. Jokainen vastaaja vastasi kaikkiin kysymyksiin. Tutkimustulokset raportoidaan tutkimuskysymyksittäin.

5.1 Mielenterveyskuntoutujien omaisten kokemukset omaisyhteistyöstä

Kyselyn alussa olevat taustakysymykset yksi ja kaksi liittyivät vastaajan yhteydenpitoon läheiseensä. Kysymyksillä selvitettiin, kuinka usein vastaajat käyvät tapaamassa sairastunutta läheistään ja kuinka usein vastaajat pitävät yhteyttä läheiseensä puhelimitse, postitse tai jollakin muulla viestintävälineellä. Vastaajista yksi tapaa läheisensä viikoittain, neljä vastaajaa kuukausittain ja kolme vastaajaa kertoi tapaavansa läheisensä satunnaisesti. Vastaajista yksi pitää yhteyttä läheiseensä päivittäin, viisi vastaajaa on yhteydessä läheiseensä viikoittain ja yksi vastaaja kuukausittain. Satunnaisesti yhteyttä läheiseensä kertoi pitävänsä yksi vastaaja.

Taustakysymyksessä kolme, vastaajia pyydettiin arvioimaan, minkälaisena he keskimäärin kokevat hoitohenkilökunnan suhtautumisen läheiseensä. Valittavana oli neljä vastausvaihtoehtoa: *erittäin hyvänä*, *hyvänä*, *tydyttävänä* tai *huonona*. Kaikki vastaajat kokivat hoitohenkilökunnan suhtautumisen läheiseensä hyvänä. Vastaajat saivat myös vapaasti kertoa kokemuksiaan hoitohenkilökunnan suhtautumisesta läheiseensä. Avoimissa vastauksissa kuvattiin hoitohenkilökunnan suhtautumisen olevan huolehtivaa, ystävällistä ja ammattitaitoista, esimerkiksi näin:

Henkilökunnalla on lämmin ja kunnioittava tapa asioida asukkaan kanssa. Tukevat ja ohjaavat hänen omien edellytyksiensä ja tarpeidensa mukaan. Asukasta kuullaan aidosti, hän voi tuoda

eriävänkin mielipiteensä julki ilman, että siitä seuraa ns. sanktiota. Tämän vuoksi luottamus henkilökuntaan vahvistuu ja turvallisuuden tunne lisääntyy.

Kohdassa viisi esitettiin väittämiä koskien tiedonkulkua sekä vuorovaikutusta omaisten ja hoitohenkilökunnan välillä. Vastaajia ohjeistettiin vastaamaan väittämiin valitsemalla itselleen sopivin vaihtoehto. Vastausvaihtoehdot olivat: *täysin samaa mieltä, jokseenkin samaa mieltä, en osaa sanoa, jokseenkin eri mieltä ja täysin eri mieltä*. Kaikki vastaajat kokivat hoitohenkilökunnan tiedonannon ja tavoitettavuuden hyväksi. Hoitohenkilökunnan kommunikointi oli vastaajien mielestä selkeää ja ystävällistä, ja heidän koettiin kohtaavan sairastuneen omaiset ammattimaisesti.

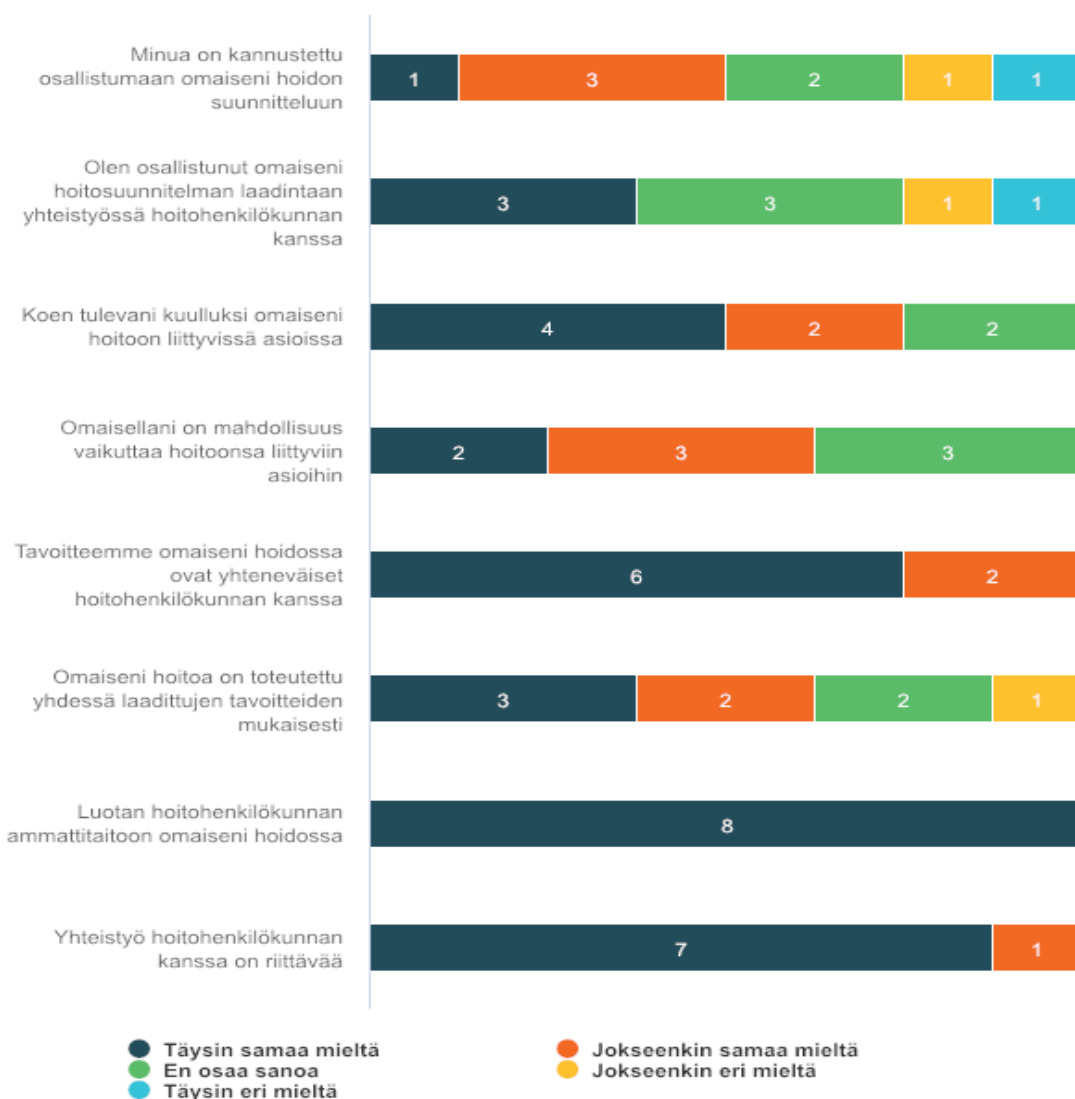
Kysymyksessä kuusi vastaajilla oli mahdollisuus kertoa omin sanoin kokemuksestaan tiedonkulusta ja vuorovaikutuksesta. Vastaajat kokivat hoitajien yhteydenpidon ja informoinnin riittäväksi, ja yhteyden saamisen helpoksi. Vuorovaikutusta hoitajien kanssa vastaajat kuvailivat sujuvaksi, luontevaksi, ammattitaitoiseksi ja ystävälliseksi:

Henkilökuntaa on helppo lähestyä kaikissa asioista, vaikeistakin voi rakentavasti keskustella. Omaisia kuunnellaan, huomioidaan ja kunnioitetaan heidän tuntemistaan/kokemuksiaan omaisestaan.

Vuorovaikutus on ollut luontevaa ja helppoa, sekä läsnä olevaa. Hoitohenkilökunta on ollut kiinnostunut omaisen asioista ja ottanut huomioon omaisen tarpeet.

Kohdassa seitsemän esitettiin väittämiä yhteistyöstä hoitohenkilökunnan kanssa. Väittämät liittyivät hoidon suunnitteluun ja toteutukseen. (Kuva 1.) Vastaajista neljä koki, että heitä on kannustettu osallistumaan läheisensä hoidon suunnitteluun. Vastaajista yksi koki olevansa asiasta jokseenkin eri mieltä ja kaksi vastaajaa ei osannut kertoa kokemuksestaan. Läheisensä hoitosuunnitelman laadintaan oli osallistunut kuusi vastaajaa ja vastaajista kaksi ei ollut osallistunut. Kuusi vastaajaa koki tulleen kuulluksi läheisensä asioissa. Vastaajista kaksi ei osannut sanoa kantaansa. Viisi vastaajaa koki läheisellään olevan mahdollisuus vaikuttaa hoitoonsa, kolme vastaajaa valitsi vaihtoehdon en osaa sanoa. Kaikki vastanneet kokivat tavoitteet läheisensä hoidossa yhte-

neviksi hoitohenkilöstön kanssa, ja luottivat hoitohenkilökunnan ammattitaitoon läheisensä hoidossa. He kokivat myös yhteistyön hoitohenkilökunnan kanssa riittäväksi.



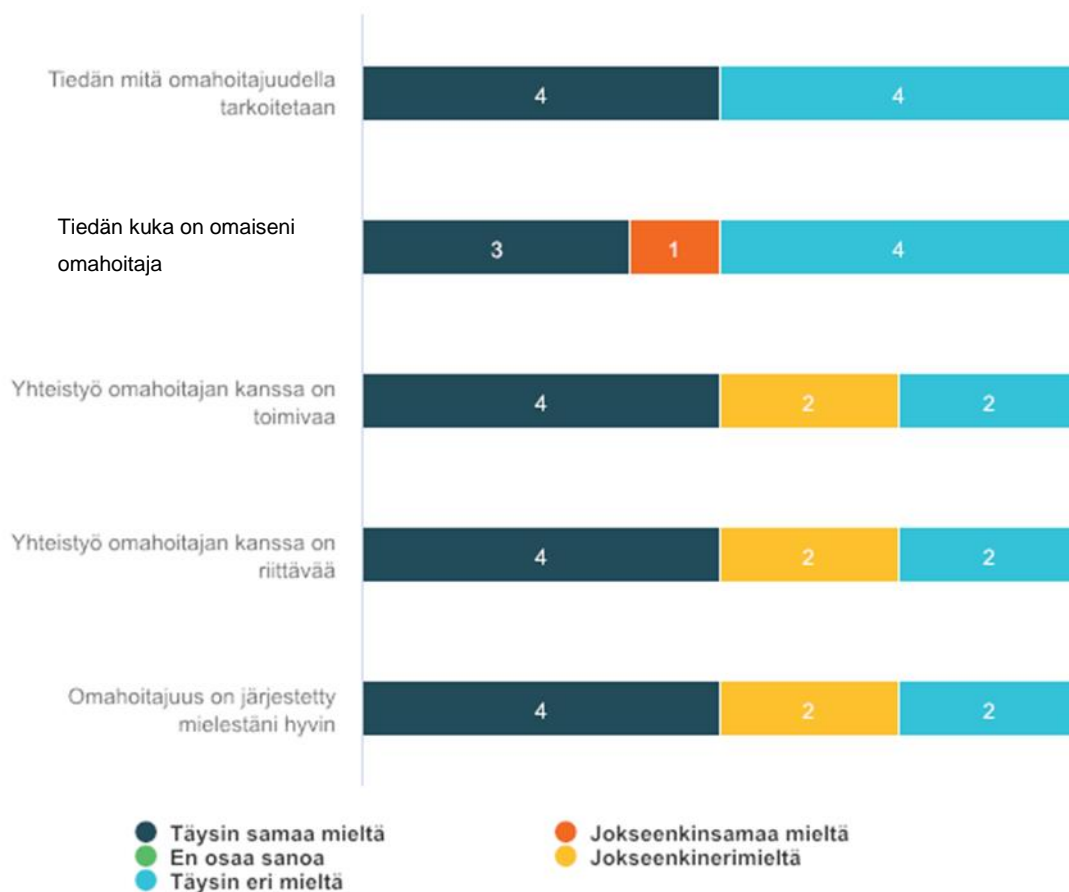
Kuva 1. Omaisten kokemuksia läheisensä hoidon suunnittelusta ja toteutuksesta

Kysymyksessä kahdeksan vastaajilla oli mahdollisuus kertoa omin sanoin kokemuksistaan yhteistyöstä hoitohenkilökunnan kanssa. Vastaajat kuvasivat asiaa esimerkiksi näin:

Helposti lähestyttävää, spontaanimminkin voisi kertoa kuulumisia joidenkin kohdalla.

Meistä on ollut tärkeää, että ammattilaiset laativat hoitosuunnitelmat. Tiedottaminen omaisen hoitosuunnitelmista on kuitenkin hoitunut, joten meillä läheisillä sukulaisilla on ollut mahdollisuus vaikuttaa asiaan riittävästi, mikäli on ollut tarvetta.

Kohdassa yhdeksän esitettiin väittämiä omahoitajuudesta (kuva 2). Neljä vastaajaa kertoi tietävänsä, mitä omahoitajuudella tarkoitetaan, neljälle vastaajista omahoitajuus ei ollut tuttu asia. Läheisensä omahoitajan tiesi vastaajista neljä ja neljä ei. Yhteistyön toimivaksi, riittäväksi ja hyvin järjestetyksi omahoitajan kanssa koki neljä vastaajaa ja vastaajista neljä ei.



Kuva 2. Omaisten kokemuksia omahoitajuudesta

Kysymykset 10, 11 ja 12 toimivat jatkokysymyksinä omahoitajuutta koskeville väittämille. Kysymyksessä kymmenen vastaajilta kysyttiin, toivoisivatko he omahoitajan säännöllistä yhteydenpitoa läheisensä asioissa. Vastaajista kolme toivoisi säännöllistä yhteydenpitoa omahoitajalta, viisi vastaajaa ei kokenut säännöllistä yhteydenottoa tarpeelliseksi.

Kysymyksissä yksitoista ja kaksitoista vastaajilta kysyttiin, millaisissa asioissa tai tilanteissa he toivoisivat yhteydenottoa hoitohenkilöstöltä. Vastaajilla oli mahdollisuus valita useampi, kuin yksi vaihtoehto. Seitsemän vastaajaa toivoi yhteydenottoa läheisensä terveydentilan heikentyessä ja kaksi terveydentilan

kohentuessa. Arkisista asioista kerrottavan toivoi kolme vastaajaa. Kolme vastaajaa toivoi yhteydenottoa hoitohenkilöstöltä kysyäkseen vastaajan mielipidettä läheisensä hoitoon liittyvissä asioissa. Kolme vastaajaa valitsi myös vastausvaihtoehdon *jokin muu, mikä?*

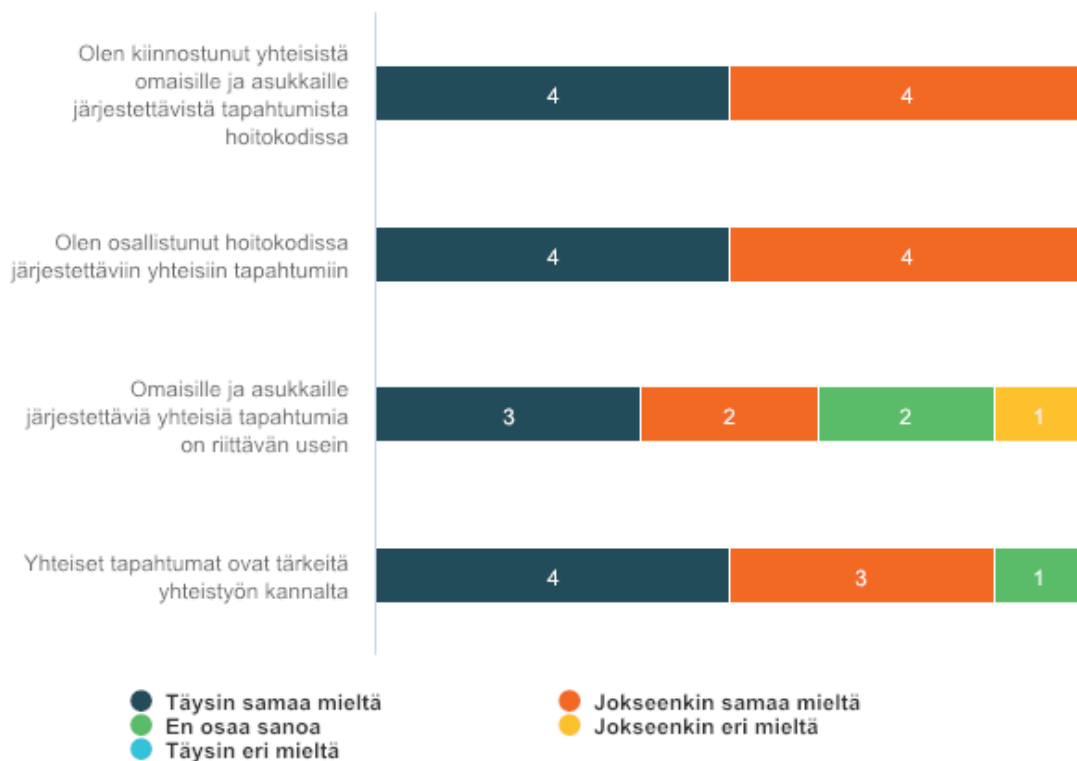
Jos hoitaja kokee yhteyden oton tarpeelliseksi.

Yleensä miten menee.

Vastaajilta selvitettiin millä tavoin he omahoitajan yhteydenpitoa toivoisivat. Yhteydenottoa puhelimitse toivoi vastaajista kuusi, tekstiviestillä kaksi, WhatsApp-viestillä neljä ja yksi sähköpostitse.

5.2 Omaisyhteistyön kehittäminen

Kohdassa kolmetoista esitettiin väittämiä yhteistyötä tukevista tapahtumista, niiden tarpeellisuudesta ja tärkeydestä (kuva 3). Kaikki vastaajat olivat osallistuneet ja kiinnostuneita hoitokodissa järjestettävistä tapahtumista. Viisi vastaajaa koki, että yhteisiä tapahtumia on järjestetty riittävän usein. Yhden vastaajan mielestä tapahtumia ei ole järjestetty riittävän usein, ja kaksi vastaajaa ei osannut kertoa mielipidettään väittämästä. Seitsemän vastaajaa koki yhteiset tapahtumat tärkeiksi yhteistyön kannalta, yksi vastasi väittämään *en osaa sanoa*.



Kuva 3. Omaisten kokemuksia yhteistyötä tukevista tapahtumista

Kysymys neljätöistä oli avoin kysymys, jossa vastaajilla oli mahdollisuus antaa kommentteja ja kehitysehdotuksia omin sanoin omaisten ja hoitohenkilökunnan välisestä yhteistyöstä. Vuosittain järjestettävät pikkujoulut ovat olleet mieleisiä tapahtumia kahdelle vastaajista. Yksi vastaaja toivoi pikkujoulujen lisäksi järjestettävän esimerkiksi kevätjuhlat, jossa henkilöstöä, erityisesti omahoitajat olisivat paikalla. Yksi vastaaja ehdotti järjestettävän säännöllisesti yhteisiä palaveriteita, jossa keskusteltaisiin läheisensä tilanteesta ja hoidosta. Vastauksista nousi esille seuraavanlaisia kehitysehdotuksia:

Säännöllisesti pidettävät yhteiset "palaverit" eli keskusteltaisiin yhdessä saman pöydän ääressä tilanteesta, tapahtumista ja mahdollisista ongelmista hoitohenkilökunnan ja omaisten kanssa. Tällainen voisi olla vähintään kerran vuodessa ja mahdollisesti myös, jos on jotain erityistä syytä / tarvetta.

Ehkä sellaisia yhteisiä tapahtumia voisi olla joulujuhlien lisäksi jokin hoitokodin oma kevät- tai kesätapahtuma, jolloin koko henkilöstö olisi paikalla ja erityisesti omahoitajat. Yhteistyö on tärkeää ja luo turvallisuuden tunnetta puolin ja toisin.

Viimeisessä kysymyksessä numero viisitoista vastaajia pyydettiin antamaan kokonaisarvosana omaisyhteistyölle asteikoilla 1–10, 1 = huonoin ja 10 = paras. Vastaajista kolme antoi arvosanaksi 10, kolme 9 ja kaksi vastaajista arvosanan 8. Näin vastausten keskiarvoksi muodostui 9,13.

6 POHDINTA

Psykiatrinen hoito on ammattilaislähtöistä, usein jopa liikaakin. Omaiset eivät useinkaan tiedosta olevansa paras tiedonlähde läheisensä persoonasta ja menneisyydestä. Moni omainen tuntee ajattelevan, että kun ei hoitokodista olla häneen päin yhteydessä, sairastuneella läheisellä on kaikki hyvin. Moni omainen luottaa läheisensä saavan parasta mahdollista hoitoa ammattilaisten toteuttamana.

6.1 Tulosten tarkastelu

Kokonaisuudessaan omaisyhteistyö koettiin omaisten keskuudessa hyväksi. Jokainen vastaaja kertoo luottavansa hoitohenkilöiden ammattitaitoon ja kykyyn huolehtia omaisestaan. Perhekeskeisyyden toteuttaminen suuressa ja hektisessä sairaalaympäristössä ei välttämättä onnistu. (Leinonen 2015, 17.) Tutkimuksemme kohteena oleva yksikkö on pieni, molemmissa taloissa asuu vain kahdeksan sairastunutta, joten omaisen huomioiminen on hoitohenkilöstölle helpompaa. Vierailevat omaiset eivät jää huomioimatta, koska vuorossa olevalla hoitajalla on jatkuva näköyhteys kaikkiin tiloihin, asukkaiden omat huoneet pois lukien. Avoimuus, rehellisyys, inhimillinen kohtaaminen, kokonaisvaltaisuus ja vastuullisuus ovat yksikön arvoja ja niiden halutaan näkyvän arjessa. Tutkimuksemme tuloksissa näkyy, että arvojen noudattaminen on toteutunut hyvin. Leinosen (2015, 49) tutkimuksissa sairastuneiden omaiset toivat ilmi kokemuksia hoitohenkilöstön kielteisestä suhtautumisesta omaisiin. Hoitajien kerrottiin jopa karttavan omaisia ja heidän käyttäytymisensä arvioitiin työkeänä. Tutkimuksemme avoimissa vastauksissa nousi, aiemmista tutkimustuloksista poiketen, esiin ystävällisyys ja turvallisuuden tunne. Hoitohenkilöstön kanssa koettiin voitavan käydä rakentavaa keskustelua vaikeistakin asioista. Yksikään vastaaja ei ollut kokenut epäystävällistä käyttäytymistä hoitohenkilöstönjäseniltä.

Tutkimuskohteemme hoitohenkilöstön suhtautuminen asukkaisiin näyttäytyy tutkimuksemme tuloksissa omaisille lämpimänä ja kannustavana. Vastaajat kertoivat hoitajien huomioivan läheisensä yksilöllisesti. Leinosen (2015, 49) tutkimuksessa ilmeni, että omaisille on suuri merkitys sillä, että hänen läheisensä hyvä hoito on tärkeää myös hoitohenkilöstölle. Hoitohenkilöstön myötätuntoinen suhtautuminen sairastuneeseen mahdollistaa hyvän omaisyhteistyön rakentumisen. Aiemmissa tutkimuksissa hoitohenkilöstöä on usein kritisoitu siitä, etteivät he ota sairastunutta mukaan hoidon suunnitteluun ja toteuttamiseen (Bradley & Green 2015). Tutkimustuloksissamme näimme omaisten ajattelevan, että tutkimuskohteena olevan hoitokodin hoitohenkilöstö ottaa sairastuneen mukaan hoitonsa suunnitteluun. Kaksi vastaajaa ei osannut kertoa mielipidettään tähän kysymykseen.

Tutkimuksessamme kommunikointi hoitohenkilöstön kanssa koettiin sujuvaksi, ja hoitohenkilöstö ystävälliseksi. Tiedonkulun ja vuorovaikutuksen koettiin olevan sujuvaa ja hoitajat suhtautuvat hoitokodin asukkaisiin ja heidän omaisiinsa ystävällisesti ja ammattimaisesti. Räsäsen (2014) tutkimuksessa onnistuneella vuorovaikutuksella ja yhteydenpidolla todettiin olevan merkittävä vaikutus omaisten tyytyväisyyteen. Omaisten tyytyväisyys näkyi tutkimuksemme avoimissa vastauksissa selkeänä. Työntekijöiden käytöstavat kertovat usein kyseisen yksikön toimintakulttuurista. Kunnioittava ja arvostava kohtaaminen näyttäisi olevan tutkimuskohteenamme olevassa yksikössä tapa toimia.

Pasosen (2016) ja Karhulan (2015) tutkimuksissa tiedonkulun on todettu olevan keskeinen elementti omaisen ja hoitohenkilöstön välisessä kanssakäymisessä. Karhulan (2015) ja Kotirannan (2015) tutkimuksissa tiedottamisen käytännöt nousivat keskeiseksi omaisyhteistyön kehittämiskohteeksi. Tutkimuksessamme ilmeni, että tiedonkulku omaisten suuntaan koettiin osittain riittäväksi. Joiltakin omaisilta nousi toive säännöllisistä tapaamisista ja spontaaneista yhteydenotoista. Vastaajista viisi oli tyytyväinen hoitohenkilöstön yhteydenottojen määrään, mutta kolme toivoi yhteydenottoja useammin. Erityisesti asukkaan terveydentilan heiketessä omaiset toivoivat yhteydenottoa hoitokodin hoitajilta. Omaiset luottivat siihen, että hoitohenkilöstö on omaiseen yhteydessä, mikäli katsoo sen tarpeelliseksi. Hoitokodissa voitaisiin kartoittaa

omaisten halukkuutta säännöllisiin yhteydenottoihin, ja halukkaille omaisille lähetettäisiin esimerkiksi kerran kuukaudessa lyhyt kertomus menneen kuukauden tapahtumista. Tällainen toiminta toki vaatii hieman omahoitajan resursseja, mutta toisaalta sillä voitaisiin saada omaisia aktivoitumaan osallistumaan sairastuneen elämään. Osallistuvat omaiset taas ovat suuri hoitoresurssi, joten nämä säännölliset kertomukset voisivat lopulta tuottaa myös helpotusta hoitohenkilöstön työmäärään. Yhteydenottoja toivottiin tehtäväksi puhelimitse, joko soittamalla tai viestein. Sen, ettei hoitokodista olla yhteydessä omaiseen, ajateltiin kertovan siitä, että sairastuneella on kaikki hyvin. Tässä näkyy, että läheiset luottavat ammattihenkilöiden hoitavan omaistaan parhaalla mahdollisella tavalla.

Tutkimuksessamme ilmenee, että omaiset kokevat sairastuneen hoidossa ja sen suunnittelussa tavoitteensa yhteneväisiksi hoitohenkilöstön kanssa. Tämä voi myös kertoa omaisten vahvaan luottamukseen hoitohenkilöstön tiedoista ja taidoista. Leinosen (2015) tutkimuksessa ilmeni, että ammattilaisen ja omaisen tiedot ja näkemykset yhdistämällä päästään molempia osapuolia tyydyttävään ratkaisuun. Yksi kyselyymme vastannut ei kokenut sairastuneen läheisensä hoidon toteutuneen yhdessä sovittujen tavoitteiden mukaisesti. Ehkäpä myös hoitohenkilökunta luottaa omaan ammattitaitoonsa, eikä näin osaa huomioida omaisen toiveita. Avoimissa vastauksissa joku kertoi yhteistyön hoitoa suunniteltaessa olevan hankalaa läheisensä passiivisuuden vuoksi. Potilaslaki (17.8.1992/785) velvoittaa sairastunutta hoidettavan yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. Jokaisen sairastuneen hoitoon osallistuvan tulee kunnioittaa sairastuneen omia päätöksiä. Omaisten hoitoon mukaan ottamiseen tarvitaan aina sairastuneen suostumus (Kymsote 2019).

Hoitosuunnitelman laadinnassa omaiset kertoivat luottavansa hoitohenkilöstön ammattitaitoon. Vaikka tutkimuksessamme moni kertoikin tulleensa kuulluksi läheisensä hoidon suunnittelussa, olisi hoitohenkilöstön edelleen kerrottava omaisille heidän osallisuutensa olevan tärkeää. Ketään ei tietenkään saa painostaa tai velvoittaa osallistumaan, mutta tutkimuksemme mukaan omaiset luottavat, ehkä jopa hieman sokeastikin, hoitohenkilökunnan osaavan tehdä juuri oikeat läheisensä hoitoa koskevat päätökset. Mielenterveyden hoidossa tulisi korostua ihmisen hoitaminen. Juuri ihmisyyden- ja persoonallisuuden

tuntijoina omaiset ovat avainasemassa. Diagnoosia hoidetaan pääasiassa lääkkein, mutta sairastuneen kohtaamisessa ihmisenä ovat omaiset tärkeä yhteistyökumppani. Heidän roolinsa tärkeyttä tulisi korostaa hoitohenkilöstön ja omaisten välisissä kohtaamisissa.

Eniten hajontaa ilmeni omahoitajuutta koskevassa väittämässä. 50 % omaisista kertoi, ettei tiedä mitä omahoitajuudella tarkoitetaan. Ne vastaajat, jotka olivat tietoisia läheisensä omahoitajasta, kokivat yhteistyön omahoitajan kanssa olleen riittävää ja toimivaa. Loput neljä eivät olleet tehneet yhteistyötä läheisensä nimetyn omahoitajan kanssa. Omahoitajan roolina on olla yhteishenkilö asukkaan omaisiin. Saatujen tulosten valossa omahoitajien olisi tärkeää esittäytyä jo sairastuneen omaisten ensimmäisessä kohtaamisessa. Omahoitajan toimenkuvasta ja roolista sairastuneen hoidossa tulisi kertoa omaisille.

Omaiset ajattelevat hoitohenkilöstön osaavan arvioida, mikä läheiselle on parhaaksi. Tämä on käynyt ilmi aiemmissakin tutkimuksissa. Hoitosuunnitelmien laadinnassa ja hoidon suunnittelussa omaiset luottivat hoitajien ammattitaitoon. Karhulan (2015) tutkimuksessa kävi ilmi, että hoitosuunnitelmien tekemisessä ja hoidon suunnittelussa on hoitoyksiköissä olemassa kirjavia käytänteitä. Osa omaisesta ei edes tiennyt hoitosuunnitelman laadinnasta tai omaisen mahdollisuudesta osallistua siihen. Tutkimuksemme kohteena olevan hoivakodin asukkaista kaikilla on takana pitkä, useiden vuosien pituinen laitoshoido. Tutkimuksemme tuloksista käy ilmi, että omaiset ovat luottaneet läheisensä hoidon ammattilaisten käsiin. Hoitohenkilöstön päätösten tekeminen sairastuneen hoidosta voi vuosien saatossa muuttua normaaliksi käytännöksi. Omainen ei näe itseään tärkeäksi hoidon suunnittelussa, eihän hänellä ole siihen minkäänlaista koulutustakaan. Sairastuneen omainen etäännyttää vähitellen ja normaalit perhesiteet hälvänevät ajan myötä. Omaisten mukaan saaminen yhteistyöhön voi monen vuoden jälkeen olla haastavaa, mutta kuitenkin se olisi aina tavoiteltavaa. Tähän voitaisiin pyrkiä hoitohenkilöstön säännöllisellä yhteydenpidolla omaisiin. Sairastunutta tulisi myös kannustaa ottamaan omaisensa osaksi arkeaan.

Tutkimuksemme valossa voisi ajatella, että tutkimamme hoitokodin toiminta-ajatus on selkeä myös työntekijöille. Suurissa toimintayksiköissä ongelmana usein on se, että säännöt ja ohjeistukset tulevat jostain ylhäältä, kasvottomilta henkilöiltä. Niiden noudattamisen valvominen suuressa yksikössä on hankalampaa. Pienessä hoitoyksikössä hoitajan itsensä kehittämiin, ei toivottaviin toimintatapoihin on helppoa puuttua. Asioiden sujuminen kertoo hoitokodin toimintamallien olevan kunnossa. Pienen yksikö etu on se, että arjessa voidaan toimia tilanteen mukaan, eikä päivien kulun tarvitse aina noudattaa täysin samaa kaavaa. Tämä antaa omaisille kokemuksen yksilöllisestä hoidosta. Tutkimamme yksikön työntekijöiden työhyvinvointi näyttäisi olevan hyvällä tasolla. Työssään viihtyvä työntekijä tekee asioita sitoutuneesti sydämellään ja se myös näkyy hyvänä yhteistyönä omaisten kanssa.

6.2 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys

Tutkimuksen luotettavuutta voidaan mitata validiteetilla ja reliabiliteetilla. Validiteetilla eli pätevyydellä kuvataan sitä, kuinka tarkasti tutkimuksessa käytetty menetelmä mittaa haluttua asiaa. (Tilastokeskus 2019; Heikkilä 2014, 178.) Validi tutkimus ei sisällä systemaattisia virheitä (Heikkilä 2014, 176).

Reliabiliteetti eli tutkimuksen luotettavuus kuvastaa sitä, kuinka luotettava tutkimus on, ja kuinka toistettavasti kyseistä mittaria voidaan käyttää mittaamaan kyseistä ilmiötä. Sitä voidaan arvioida esimerkiksi uusintamittauksilla (Tilastokeskus 2019). Tutkimuksen huolellinen suunnittelu ja virheetön tietojenkeruu tulee varmistaa. Tutkimustulokset eivät saa olla sattumanvaraisia. (Heikkilä 2014, 28.)

Tämän opinnäytetyön luotettavuus varmistettiin perehtymällä laaja-alaisesti aiheeseen liittyvään luotettavaan teoretietoon. Tutkimuksen lähdemateriaaliksi valikoitiin mahdollisimman ajantasaista kirjallisuutta. Suurin osa käytetyistä materiaaleista on alle kymmenen vuotta vanhaa. Lähdeviittaukset ja lähdeluettelo laadittiin Kaakkois-Suomen ammattikorkeakoulun lähdeviittausohjeita noudattaen.

Hyvä tutkimussuunnitelma edesauttaa tutkimuksen luotettavuutta. Myös kyselylomakkeen huolellinen laadinta on tärkeää tutkimuksen luotettavuuden kannalta. Jos tutkimuksen luotettavuutta alentavia seikkoja, kuten alhainen vastausprosentti, tulee arvioinnissa esille, tulee tutkijan tuoda ne ilmi. Reliabeli tutkimus antaa tarkkoja tuloksia, jotka eivät ole sattumanvaraisia. Tutkija on aina itse vastuussa tutkimukseen liittyvistä valinnoistaan ja niiden perustelemisesta. (Heikkilä 2014, 178–180.)

Tutkimuksen luotettavuuden varmistamiseksi laadittiin selkeä ja huolella rajattu tutkimusongelma. Kyselylomake rakennettiin työn teoreettisesta viitekehystä nousseiden teemojen avulla, käyttäen muuttujataulukkoa. Kyselylomakkeen esitestauksen avulla selvitettiin kysymysten ymmärrettävyys. Webropol-ohjelman avulla luodulla sähköisellä kyselylomakkeella lisättiin kyselyn luotettavuutta. Varmistimme vastausten saannin kaikkiin kysymyksiin kyselyohjelman asetusten avulla. Vastaajan tuli vastata kaikkiin strukturoituihin kysymyksiin päästäkseen etenemään kyselylomakkeella. Avoimiin kysymyksiin vastaaminen ei ollut pakollista. Asetuksilla rajattiin myös, että vastaaja pystyi vastamaan kyselyyn vain kerran.

Kyselylomakkeen taustakysymyksillä selvitettiin, kuinka usein vastaaja vieraillee hoitokodissa. Vain yksi vastaaja kertoo vierailevansa hoitokodissa viikoittain, muut vastaajat vierailevat kerran kuussa tai satunnaisesti. Jäimme pohtimaan, kuinka luotettavasti lähes satunnaisesti vieraileva omainen osaa arvioida tutkimuksemme väittämiä.

Opinnäytetyömme luotettavuutta heikentää myös se, että tutkimuksemme otoskoko on pieni. Tämän takia saamamme tulokset voivat olla sattumanvaraisia. On mahdollista, että juuri hoitokodin toimintaan tyytyväiset omaiset ottaisivat, tyytymättömiä omaisia mieluummin, osaa tutkimukseen. Toisaalta voidaan ajatella, että kovin tyytymätön omainen halutessaan voisi kyselytutkimuksessa tuoda anonyymina helposti esille tyytymättömyytensä. Karhulan (2015, 34) tutkimuksessa kävi ilmi, ettei omainen usein uskalla antaa negatiivista palautetta hoitajille, koska pelkää sen huonontavan läheisensä saaman hoidon laatua.

Tutkijan tulee aina noudattaa hyviä tieteellisiä käytäntöjä. Voimassa oleva lainsäädäntö, yksityisyys ja tekijänoikeudelliset seikat tulee aina huomioida tutkimusta tehtäessä. (Vilkkä 2007, 90–91.) Tutkija saa määrällisessä tutkimustavassa päättää, kuinka hän tutkimustuloksia esittää. Juuri sen vuoksi tulee kiinnittää erityistä huomiota tulosten objektiivisuuteen. Tuloksia ei saa esittää niin, että lukijalle välittyisi tarkoituksellisesti väärin painottunut kuva. (Vilkkä 2007, 135.) Kyselylomaketta käytettäessä aineistonkeruumenetelmänä vältetään mahdollinen haastattelijan vaikutus vastauksiin (Heikkilä 2014, 28–29).

Tutkimuksen eettisyyden lähtökohdat ovat rehellisyys, huolellisuus ja tarkkuus. Tutkimuksessa tulee käyttää aina tieteelliseen tutkimukseen soveltuvia menetelmiä. Muiden tutkijoiden tekemiä töitä tulee kunnioittaa ja plagiointi on kiellettyä. Eettisesti hyväksyttävään tutkimukseen tulee aina olla tutkimusluvat hankittuna. (TENK 2012.) Tähän tutkimukseen lupa haettiin vapaamuotoisella tutkimuslupahakemuksella Elimäen Fenix-koti Oy:n yrittäjältä (liite 5). Lisäksi oltiin myös yhteydessä Kymenlaakson sosiaali- ja terveystieteiden kuntayhtymän eli Kymsoten hoitotyön opinnäytetöiden yhteyshenkilöön varmistaaksemme, ettei Kymsotelle yksityisenä palveluntuottajana toimivaan yksikköön kohdistu esteitä tutkimuksen tekemiselle. Opinnäytetyö noudattaa myös muilta osin edellä mainittuja Tutkimuseettisen lautakunnan ohjeistuksia.

Tutkimuksen eettisyydessä on huomioitava tiedonhankinta ja tutkittavan suoja. Koska opinnäytetyön tutkijoista toinen työskentelee tutkimuksen kohteena olevassa yksikössä, ohjattiin tieto tulleista vastauksista työn toisen tutkijan sähköpostiosoitteeseen. Hän käsitteli tutkimustulokset muotoon, joista yksikössä työskentelevä, toinen opinnäytetyön tutkija ei pystynyt yksittäistä vastaajaa vastausten perusteella tunnistamaan. Tutkimukseen osallistuneiden itsemääräämisoikeutta tulee kunnioittaa ja tutkittavan tulee saada päättää itse tutkimukseen osallistumisesta. Tämä edellyttää riittävän tiedonsaannin tutkimukseen liittyen. Tutkittaville tulee selkeästi kertoa perustiedot tutkimuksesta ja tutkijoista. Lisäksi tulee selventää konkreettisesti mitä tutkimukseen osallistuminen tarkoittaa ja se, että kyseessä on kertaluontoinen aineistonkeruu. Myös se, kuinka paljon tutkittavalta kuluu osallistumiseen aikaa, on syytä kertoa.

Edellä mainitut asiat kerrottiin tutkittavalle saatekirjeessä. Tutkittaville kerrottiin kyselyyn vastaamisen olevan luottamuksellista, ja ettei vastaaja ole siitä tunnistettavissa. Vastaajien anonymiteetti varmistettiin Webropol-ohjelman asetuksen avulla. Tutkittaville kerrottiin avoimesti tutkimuksen käyttötarkoitus. Myös toimeksiantajan kannalta epäedulliset tulokset esitettiin tutkimustuloksissa. (Heikkilä 2014, 29.)

6.3 Johtopäätökset ja jatkotutkimusehdotukset

Tämän tutkimuksen mielenterveyskuntoutujat ovat sairastaneet pitkään, useimmat heistä jo kymmeniä vuosia. Hoitokodin asukkaiden hoidossa tähdätään toimintakyvyn ylläpitämiseen ja hyvään hoitokotiarjessa selviytymiseen, ei niinkään itsenäiseen asumiseen.

Tutkimuksen tuloksissa on nähtävissä omaisten tyytyväisyys hoitokodissa asuvan läheisensä saamaan hoitoon. Hoitokodin asukkaiden omaiset luottavat hoitohenkilöstön kykyihin tehdä läheisensä hoitoa koskevia päätöksiä. Tämä kuvastaa hyvin myös aiemmissa tutkimuksissa saatuja tuloksia. Tutkimustulosten perusteella voidaan ajatella, että tutkittavassa yksikössä asukkaat hoidetaan jopa niin hyvin, etteivät asukkaiden omaiset koe tarpeelliseksi olla osallisena läheisensä hoidon suunnitteluun ja toteutukseen, vaan ovat tulkitsellisesti jättäytyneet sivummalle.

Puolet vastaajista ei ollut tietoisia siitä, kuka hänen läheisensä omahoitaja on. Omahoitajan esittäytyminen tai esimerkiksi yhteydenotto, heti sairastuneen muuttaessa hoitokotiin, olisi selvästi tarpeellinen käytäntö.

Jatkotutkimusaiheeksi nousi ehdotus kartoittaa hoitohenkilöstön kokemuksia omaisyhteistyöstä. Kuinka hoitohenkilöstö kokee yhteistyön omaisten kanssa?

LÄHTEET

Bradley, E. & Green, D. 2018. Involved, inputting or informing: 'Shared' decision making in adult mental health care. University of Worcester. Institute of Health and Society. Laadullinen tutkimus.

Finfami s.a. Omaisen opas. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://oppaat.finfami.fi/omaisen-opas/> [viitattu 12.3.2020].

Heikkilä, T. 2014. Tilastollinen tutkimus. 9. uudistettu painos. Porvoo: Edita Publishing Oy.

Heikkilä, T. 2014. Tilastollinen tutkimus. WWW-dokumentti. Saatavissa: <http://www.tilastollinentutkimus.fi/1.TUTKIMUSTUKI/KvantitatiivinenTutkimus.pdf> [viitattu 14.4.2020].

Henkilötietolaki (22.4.1999/523).

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. 13., osin uudistettu painos. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.

Huang, C. & Plummer, V. 2019. Perceptions of shared decision-making in severe mental illness. Integroitu kirjallisuuskatsaus.

Huttunen, M. 2018. Persoonallisuushäiriöt. Duodecim terveyskirjasto. WWW-dokumentti. Päivitetty 30.11.2018. Saatavissa: https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00407 [viitattu 15.5.2020].

Hämäläinen, K., Kanerva, A., Kuhanen, C., Schubert, C., & Seuri, T. 2017. Mielenterveyshoitotyö. 5., uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Karhula, M. 2015. Omaisen ja läheisen näkemykset roolistaan palveluverkostossa. Mikkelin ammattikorkeakoulu. Tutkimuksia ja raportteja. PDF-dokumentti. Saatavissa: <https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/88077/URNISBN9789515884923.pdf?sequence=1&isAllowed=y> [viitattu 29.3.2020].

Koskisuus, J. 2004. Oman elämänsä puolesta. Mielenterveyskuntoutujan työkirja. 2. painos. Helsinki: Edita Prima Oy.

Koskisuus, J. & Kulola, T. 2005. Yhdessä yksin? Mielenterveysongelma parisuhteessa ja perheessä. Helsinki: Edita Prima Oy.

Kotiranta, T. 2015. Omaisena edelleen opas kodin ulkopuolisessa hoidossa oleville omaisille. Kolmas painos. WWW-dokumentti. Pori: AllOne Print Oy. Saatavissa: <https://omaisenaedelleen.fi/userassets/uploads/2015/04/Omaisena-edelleen-opas-2015.pdf> [viitattu 18.3.2020].

Kuula, A. 2011. Tutkimusetiikka: Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. E-kirja. Tampere: Vastapaino. Saatavissa: <https://kaakkuri.finna.fi/> [viitattu 20.4.2020].

Kymsote. 2019. Mielenterveys- ja päihdekuntoutujien tehostettu palveluasuminen palvelukuvaus. PDF-dokumentti. Saatavissa: <https://www.kymsote.fi/media/Tehostettu-palveluasuminen-mielenterveys-ja-paihdekuntoutu-jat.pdf?context=bWFzdGVy-fHBkZi1hdHRhY2htZW50c3w2MTM2NDB8YXBwbGljYXRpb24vcGRm-fGgyYS9oMDYvODgy-OTcxODY5MTg3MC9UZWhvc3RldHR1IHBhbHZlbHVhc3VtaW5lbiB-taWVsZW50ZXJ2ZXIzLSBqYSBww6RpaGRla3VudG91dHVqYXQucGRm-fDkyY2QwZTUxYmI3NTMzMmU-wNzQ1N2M2MGFmMDc0NGVjYTU0ODQ0ODQ1YWVmMTliYjUzZDYy-ODM2ZmViNjRhMDA> [viitattu 3.3.2020].

Käsitteet s.a. Tilastokeskus. Käsitteet. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.stat.fi/meta/kas/reliabiliteetti.html> [viitattu 15.3.2020].

Käsitteet s.a. Tilastokeskus. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.stat.fi/meta/kas/validiteetti.html> [viitattu 15.3.2020].

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785.

Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 22.9.2000/812.

Landeweer, E., Molewijk, B., Hem, M. & Pedersen, R. 2017. Worlds apart? A scoping review addressing different stakeholder perspectives on barriers to family involvement in the care for persons with severe mental illness. *BMC Health Services Research*. 3/2017.

Lee, A., Piette, J., Heisler, M., Janevic, M., Langa, K. & Rosland, A. 2017. Family Members' Experiences Supporting Adults with Chronic Illness. Kyse-lytutkimus.

Leinonen, R. 2015. Omaisten kokemuksia läheisen psykiatrisesta sairaalahoi-
dosta. Tampereen yliopisto. Yhteiskunta- ja kulttuuritieteiden yksikkö. Sosiaali-
työn pro gradu -tutkielma. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://trepo.tuni.fi/bitstream/handle/10024/98324/GRADU-1451565783.pdf?sequence=1&isAllowed=y> [viitattu 11.3.2020].

Mielenterveyslaki. 14.12.1990/1116.

Mielenterveystalo.fi. s.a. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.mielenterveystalo.fi/aikuiset/itsehoito-ja-oppaat/oppaat/psykoosi/Pages/omaiset-ja-laheiset.aspx> [viitattu 12.3.2020].

Pasonen, A. 2016. Omainen – mielenterveystyön kumppani vai sivusta seu-
raaja. Tampereen yliopisto. Yhteiskunta- ja kulttuuritieteiden yksikkö. Sosiaali-
työn pro gradu -tutkielma. PDF-dokumentti. Saatavissa: <https://tam-pub.uta.fi/bitstream/handle/10024/98834/gradu07299.pdf?sequence=1> [viitattu 12.3.2020].

Peltola, A. 2017. Potilaan läheisten näkemyksiä osallisuudesta psykiatri-
sessä sairaalahoidossa. Tampereen yliopisto. Yhteiskuntatieteiden tiedekunta.
Sosiaalityön pro gradu -tutkielma. PDF-dokumentti. Saatavissa:

<https://trepo.tuni.fi/bitstream/handle/10024/100606/GRADU-1487066236.pdf?sequence=1&isAllowed=y> [viitattu 12.3.2020].

Rinne, T. 2014. Aasukkaiden ja henkilökunnan kokemuksia itsemääräämisoikeuden toteutumisesta Kouvolan kaupungin mielenterveys- ja päihdekuntoutujien asumisyksikössä. Kymenlaakson ammattikorkeakoulu. Sosiaalialan koulutusohjelma. YAMK-opinnäytetyö. PDF-dokumentti. Saatavissa: https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/82959/Rinne_Tuula.pdf?sequence=1 [viitattu 1.3.2020].

Roivas, M. & Karjalainen, A. 2013. Sosiaali- ja terveysalan viestintä. Helsinki: Edita.

Räsänen, R. 2014. Uhka vai mahdollisuus? Hyvällä omaisyhteistyöllä laatua vanhusten pitkäaikaishoidossa. *Gerontologia* 1/2014, 47–51.

Sosiaalihuoltolaki 30.12.2014/1301.

STM. 2020. Kansallinen mielenterveysstrategia ja itsemurhien ehkäisyohjelma vuosille 2020–2030. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2020:6. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. PDF-dokumentti. Saatavissa: https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/162053/%202020_6.pdf?sequence=4&isAllowed=y [viitattu 1.3.2020].

STM. 2007. Mielenterveyskuntoutujien asumispalveluja koskeva kehittämissuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2007:13. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. PDF-dokumentti. Saatavissa: <http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/69970/Julk200713.pdf?sequence=1&isAllowed=y> [viitattu 29.2.2020].

TENK. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Tutkimuseettinen Neuvottelukunta. PDF-dokumentti. Saatavissa: https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf [viitattu 22.1.2020].

THL. 2019a. Mielenterveyshäiriöt. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. WWW-dokumentti. Päivitetty 5.9.2019. Saatavissa: <https://thl.fi/fi/web/mielenterveys/mielenterveyshairiot> [viitattu 1.3.2020].

THL. 2019b. Mielialahäiriöt. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. WWW-dokumentti. Päivitetty 11.10.2019. Saatavissa: <https://thl.fi/fi/web/mielenterveys/mielenterveyshairiot/mielialahairiot> [viitattu 1.3.2020].

THL. 2019c. Ahdistuneisuushäiriöt. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. WWW-dokumentti. Päivitetty 11.10.2019. Saatavissa: <https://thl.fi/fi/web/mielenterveys/mielenterveyshairiot/ahdistuneisuushairiot> [viitattu 1.3.2020].

THL. 2020. Mielenterveyspalvelut. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. WWW-dokumentti. Päivitetty 30.3.2020. Saatavissa: <https://thl.fi/fi/web/mielenterveys/mielenterveyspalvelut> [viitattu 1.4.2020].

Uronen, R. 2011. Omaisten käsitykset yhteistyön rakentumisesta ja tuen tarpeesta dementiakodissa. Tampereen yliopisto. Yhteiskunta- ja kulttuuritieteiden yksikkö. Pro gradu -tutkielma. PDF-dokumentti. Saatavissa: <https://trepo.tuni.fi/bitstream/handle/10024/82497/gradu04998.pdf?sequence=1&isAllowed=y> [viitattu 12.3.2020].

Valvira. 2015. Potilaan itsemääräämisoikeus. Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.valvira.fi/terveydenhuolto/potilaan-asema-ja-oikeudet-oikeudet/potilaan-itsemaaramisoikeus> [viitattu 5.4.2020].

Valvira. 2020. Sosiaali- ja terveydenhuollon valtakunnallinen valvontaohjelma 2020–2023. Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto Valviran julkaisu. PDF-dokumentti. Saatavissa: https://www.valvira.fi/documents/14444/1006217/Sosiaali_ja_terveydenhuollon_valtakunnallinen_valvontaohjelma_2020_2023.pdf/25bf2713-b705-e124-8ab6-411a92424d4b?t=1583908687387 [viitattu 29.2.2020].

Vilkka H. 2007. Tutki ja mittaa – Määrällisen tutkimuksen perusteet. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Vilkka, H. 2015. Tutki ja kehitä. E-kirja. Jyväskylä: PS-kustannus. Saatavissa: <https://kaakkuri.finna.fi/> [viitattu 11.4.2020].

Vuorenmaa, M., Palonen, M., Kaunonen, M. & Åstedt-Kurki, P. 2015. Hoitajien suhtautuminen potilaan perheeseen sairaalassa ja suhtautumista arvioivan FINC-NA-mittarin luotettavuuden arviointi. *Hoitotiede* 2, 83–96. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://kaakkuri.finna.fi/> [viitattu 10.4.2020].

Vuorilehto, M., Larri, T., Kurki, M. & Hätönen, H. 2014. Uudistuva mielenterveysystyö. Helsinki: Edita Prima Oy.

Webropol s.a. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://webropol.fi/> [viitattu 2.5.2020].

WHO. 2018. Mental health: strengthening our response. World Health Organization. WWW-dokumentti. Saatavilla: <https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/mental-health-strengthening-our-response> [viitattu 12.3.2020].

LIITTEET

Tutkimustaulukko

Taulukko 1. Tutkimustaulukko

<u>Tutkimuk- sen tekijä, nimi ja vuosi</u>	<u>Tutkimuk- sen tarkoi- tus ja ta- voite</u>	<u>Tutkimus- menetelmä</u>	<u>Tutkimus- alue/otos</u>	<u>Tulokset</u>
Bradley, E. & Green, D. Involved, in-putting or in-forming: “Shared” de-cision mak-ing in adult mental health care. 2017.	Ymmärtää kuinka vaka-vista mielen-terveyden häiriöistä kär-sivien per-heenjäsenet, ja heitä hoita-vat lääkärit ovat osalli-sina hoitome-netelmiin liit-tyvissä pää-töksente-oissa.	Laadullinen tutkimus.	46 omaista ja 55 hoitohenkilöstön jä-sentä.	Hoitohenki-löstö tarvit-see tukea, harjoitusta ja koulutusta parantaak-seen jaetun päätöksen-teon käyttöä.
Huang, C. & Plummer, V. Perceptions of shared de-cision-mak-ing in severe mental ill-ness. 2019.	Tarkastella keskeisten sidosryhmien käsityksiä yhteisestä pää-töksenteosta vakavien mielenter-veys häiriöi-den hoi-dossa.	Kirjallisuus-katsaus.	46 tutki-musartikkelia vuosilta 2012–2019.	Sidosryh-mien jäsenet ovat harvoin osallisina. Jaettua pää-töksentekoa ei rutiiniomai-sesti sovel-lettu ja sille on olemassa useita esteitä ja mahdollis-tajia. Jaetulla päätöksente-olla on saatu lupaavia ter-veysvaiku-tuksia.
Karhula, M. Omaisten ja läheisten nä-kemykset roolistaan palveluver-kostossa,	Omaisten ko-kemusten kartoittami-nen roolis-taan hyvin-vointipalve-luita käyttä-	Teemahaas-tattelu.	Haastateltu 15 omaista tai läheistä. Haastatelta-vat auttavat tai hoitavat säännöllisesti läheistä hen-kilöään.	Hankkeessa tuotettu tieto on sovelletta-vissa omais-ten osalli-suutta lisää-viä toiminta-malleja kehi-tettäessä ja

2015. Omaishoiva-selvitys. Mikkelin amk.	vän läheisensä hoidossa.			ammattilaisten ja läheisten välistä yhteistyötä parannettaessa.
Landeweer, E., Molewijk, B., Hem, M. & Pedersen, R. Worlds apart? A scoping review addressing different stakeholder perspectives on barriers to family involvement in the care for persons with severe mental illness. 2017. Tutkimusartikkeli. Oslon yliopisto.	Tutkimuksen tavoitteena oli selvittää, mitkä ovat sidosryhmien näkemykset keskeisimmistä yhtäläisyyksistä ja eroavaisuuksista esteistä omaisten osallisuudelle vakavista mielenterveyden ongelmista kärsivien hoidossa.	Tutkimusartikkeli.	33 tieteellistä tutkimusta.	Tärkeimmät sidosryhmien ilmoittamat esteet paljastivat tärkeät yhtäläisyydet ja erot sidosryhmien välillä ja ne liittyivät: mielenterveyspotilaaseen, perheeseen, ammattihenkilöihin, hoidon järjestämiseen ja kulttuuriin.
Lee, A., Piette, J., Heisler, M., Janevic, M., Langa, K. & Rosland, A. 2017. Family Members' Experiences Supporting Adults with Chronic Illness. Kansallinen kyselytutkimus.	Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvailla omaisten, jotka tukevat kroonisesti sairasta läheistään rooleja ja huolenaiheita.	Kyselytutkimus.	834 vastaajaa	Läheiset käyttivät aikaa keskimäärin 2 tuntia/vko läheisensä auttamiseen. 21% vastaajista osallistui tapaamisiin hoitohenkilöstön kanssa. 47% vastaajista oli huolissaan läheisensä lääkkeiden aiheuttamista

				haittavaikutuksista. 32% vastaajista oli huolissaan läheisenä maksukyvystä lääkeshoidossa. Vastaajista 41% kertoi tiedonkulun hoitohenkilöstön taholta olleen puutteellista.
Leinonen, R. Omaisten kokemuksia läheisen psykiatrisesta sairaalahoidosta, 2015. Pro gradu, Tampereen yliopisto.	Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata omaisten kokemuksia läheisensä psykiatrisesta sairaalahoidosta.	Pro gradu-tutkielma.	Kirjoituspyyntö ja internetin keskustelupalsta.	Tutkimuksessa kuvautuu enimmäkseen negatiiviset kokemukset liittyen läheisen psykiatriseen hoitoon. Tutkimustulokset ovat samansuuntaisia aiemmin julkaistujen tutkimusten kanssa.
Pasonen, A. Omainen – Mielenterveyshän kumppani vai sivustaseuraaja, 2016 Pro gradu, Tampereen yliopisto.	Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää omaisen kokemuksia yhteistyöstä hoitohenkilöstön kanssa mielenterveys-työssä.	Laadullinen tutkimus.	Tutkimukseen haastateltiin 7 omaista.	Tutkimuksen tulokset myötäilevät aiempaa suomalaista ja kansainvälistä tutkimusta, jonka mukaan omaiset ovat yhtä aikaa sekä tyytymättömiä että tyytyväisiä ammattilaisiin ja heidän toimintaansa.

<p>Peltola, A.</p> <p>Potilaan läheisten näkemyksiä osallisuudesta psykiatriassa sairaalahoitossa, 2017.</p> <p>Pro gradu, Tampereen yliopisto.</p>	<p>Tutkimuksessa selvitetään omaisen kokemuksiä osallisuudesta läheisensä sairaalahoidon aikana. Kartoitetaan osallisuuden edistämisen esteitä.</p>	<p>Laadullinen tutkimus.</p>	<p>Aineiston keräys suoritettiin kahdella ryhmähaastattelulla. Haastatteluun osallistui neljä sairaalahoitossa olleen mielenlinterveyspotilaan läheistä.</p>	<p>Tutkimuksen tuloksissa näkyi tarve läheisten hoitoon osallisuudelle.</p> <p>Tuloksista käy ilmi, että läheisten osallisuus tukee sekä sairastunutta, että hoitohenkilöstöä.</p>
<p>Rinne, T.</p> <p>Asukkaiden ja henkilökunnan kokemuksia itse-määrittämisoikeuden toteutumisesta Kouvolan kaupungin mielenterveys- ja päihdekuntoutujien yksiköissä. Opinnäytetyö, 2014. Ylempi AMK, Kymenlaakson ammattikorkeakoulu.</p>	<p>Tutkimuksen tavoitteena oli selvittää Kouvolan kaupungin mielenterveys- ja päihdekuntoutujien asumisyksiköissä asuvien ja työskentelevien itsemäärittämisoikeuden toteutumisesta. Kartoitettiin ideoita sen kehittämiseen.</p> <p>Tarkoituksena oli tuottaa tietoa itsemäärittämisoikeuden toteutumisesta ja sen parantamiseen tähtäävän kehitystyö.</p>	<p>Laadullinen tutkimus, teemahaastattelu.</p>	<p>Yhteensä 8 asiakasta ja hoitohenkilöstön jäsentä.</p>	<p>Tutkimuksen tulosten mukaan itse-määrittämisoikeuden toteutuminen koettiin hyväksi sekä asukkaiden, että henkilökunnan keskuudessa.</p> <p>Suurin haaste itse-määrittämisoikeuden toteutumiselle oli haastattelavien mielestä järjestyssäännöt.</p> <p>Henkilökunta koki, että sääntöjä ja toimintatapoja muuttamalla pystytään parantamaan itse-määrittämisoikeuden toteutumista.</p>

<p>Uronen, R.</p> <p>Omaisten käsitteykset yhteistyön rakentumisesta ja tuen tarpeesta dementiakoodeissa.</p> <p>Pro gradu, 2011.</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata omaisyhteistyötä dementiakoodeissa omaisten näkökulmasta. Lisäksi tutkimuksessa selvitettiin, miten omaisyhteistyötä voitaisiin yksiköissä kehittää.</p>	<p>Teemahaastattelu.</p>	<p>Seitsemänomaista, jotka olivat kolmen dementiakodin asukkaan puolisoja ja lapsia.</p>	<p>Tutkimustuloksina nousi esille puutteita omahoitajuuden sujuvuudessa sekä hoito- ja palvelusuunnitelmatyöskentelyssä.</p>
<p>Vuorenmaa, M., Palonen, M., Kaunonen, M., Åstedt-Kurki, P.</p> <p>Hoitajien suhtautuminen potilaan perheeseen sairaalassa ja suhtautumista arvioivan FINC-NA-mittarin luotettavuuden arviointi. Tieteellinen tutkimus. Hoitotiede 2016.</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena oli tarkistaa Ruotsissa kehitetyn Families' Importance in Nursing Care – Nurses' Attitudes -mittarin (FINC-NA) suomenkielinen version hyväksyttävyyttä. Lisäksi tutkimuksen tarkoituksena oli tarkistella hoitajien suhtautumista ja sen osatekijöitä potilaan perheeseen.</p>	<p>Kvantitatiivinen tutkimus, sähköinen kysely.</p>	<p>Internetkysely yhden sairaanhoitopiirin alueella työskenteleville hoitajille ja kätilöille</p>	<p>Tutkimustuloksissa Nurses' Attitudes -mittari todettiin käyttökelpoiseksi ja luotettavaksi mittariksi myös suomalaisessa erikoissairanhoidossa.</p> <p>Hoitajien suhtautuminen perheisiin koettiin hyväksi.</p> <p>Hoitajien hyvä suhde perheisiin lisäsi hyödyllisyyden kokemusta ja tyytyväisyyttä hoitajien keskuudessa.</p>

Muuttujataulukko

Taulukko 2. Muuttujataulukko

Tutkimusongelma	Kysymysalue	Teoreettinen tarkastelu ja sivunumero	Kysymykset ja väittämät
Taustaa	Yhteydenpito, kokemus henkilökunnan suhtautumisesta omaiseen	Omaisten osallisuus hoidossa s. 15–16.	1,2,3,4
Millaiseksi mielenterveyskuntoutujien omaiset kokevat omaisyhteistyön?	Tiedonkulku ja vuorovaikutus	Tiedonkulku ja vuorovaikutus s.19–21.	5,6
	Omaisyhteistyö	Omaisyhteistyö s.14–19.	7,8,10,11,12,14,15
	Omahoitajuus	Omahoitajuus s.22.	9,10,11,12
Miten omaisyhteistyötä voidaan hoitokodissa kehittää?	Yhteistyötä tukeva toiminta		13,14,15

Saatekirje

Hyvä omainen!

Olemme Anna-Kaisa Backman ja Tea Permanto. Opiskelemme sairaanhoitajaksi Kaakkois-Suomen ammattikorkeakoulussa XAMK:ssa. Teemme opinnäytetyönä kyselytutkimuksen Elimäen Fenix-koti Oy:n mielenterveyskuntoutujien omaisille.

Tutkimuksemme tarkoituksena on kuvata mielenterveyskuntoutujien omaisten kokemuksia omaisyhteistyöstä hoitohenkilökunnan kanssa. Tutkimuksen tarkoituksena on tuottaa tietoa, jonka avulla omaisyhteistyötä voitaisiin kehittää Fenix-kodissa. Tutkimuksen onnistumisen kannalta jokainen vastaus on meille erittäin tärkeä.

Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista. Kyselyn täyttäminen vie aikaa noin 10 minuuttia. Vastaaminen kyselyyn on ehdottoman luottamuksellista, eikä tutkimukseen liitetä tietoja, mistä vastaaja olisi tunnistettavissa. Kyselylomakkeet käsitellään nimettömästi. Saatuja vastauksia käsittelevät ainoastaan opinnäytetyön tekijät ja he huolehtivat aineiston asianmukaisesta hävittämisestä heti tutkimuksen valmistuttua.

Kyselyyn vastaamiseen on aikaa viikko. Voit vastata kyselyyn 10.5.2020 saakka.

Tutkimuksemme valmistuu kesäkuussa 2020. Siihen voit tutkimuksen valmistumisen jälkeen tutustua verkossa Theseus-palvelussa tai Elimäen Fenix-kodissa vieraillessasi.

Tutkimusta koskeviin kysymyksiinne vastaa Tea Permanto puhelimitse 040 569 5247 tai sähköpostitse otepe007@edu.xamk.fi.

Kiitämme sinua vaivannäöstä.

Ystävällisin terveisin

opiskelijat Anna-Kaisa Backman ja Tea Permanto
Kaakkois-Suomen ammattikorkeakoulu XAMK, Kotkan kampus

Opinnäytetyömme ohjaavana opettajana toimii Sari Engelhardt.

Kyselyyn pääset vastaamaan alla olevasta linkistä:

<https://link.webropol-surveys.com/S/8B8CFDA2F426A9AC>

Omaisyhteistyö-kysely

Omaisyhteistyö

Valitse alla olevista vaihtoehtoista sinulle sopivin...

1. Kuinka usein käyt tapaamassa omaistasi?

- ☐ Päivittäin
- ☐ Viikoittain
- ☐ Kuukausittain
- ☐ Satunnaisesti

2. Kuinka usein pidät yhteyttä omaiseesi puhelimitse, postitse tai jollakin muulla viestintävälineellä?

- ☐ Päivittäin
- ☐ Viikoittain
- ☐ Kuukausittain
- ☐ Satunnaisesti

3. Millaisena keskimäärin koet hoitohenkilökunnan suhtautumisen omaiseesi?

- ☐ Erittäin hyvänä
- ☐ Hyvänä
- ☐ Tyydyttävänä
- ☐ Huonona

4. Voit vapaasti kertoa kokemuksistasi hoitohenkilökunnan suhtautumisesta omaiseesi.

Vastaa seuraaviin väittämiin...

5. Tiedonkulku ja vuorovaikutus

	Täysin samaa mieltä	Jokseenkin samaa mieltä	En osaa sanoa	Jokseenkin eri mieltä	Täysin eri mieltä
Saan henkilökunnalta riittävästi tietoa omaiseni hoitoon liittyvistä asioista	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hoitohenkilökunta on helposti tavoitettavissa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hoitohenkilökunnan kommunikointi on selkeää	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hoitohenkilökunnan kommunikointi on ystävällistä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hoitohenkilökunta kohtaa minut ammattimaisesti	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

6. Voit vapaasti kertoa kokemuksistasi tiedonkulusta ja vuorovaikutuksesta hoitohenkilökunnan kanssa.

Vastaa seuraaviin väittämiin...

7. Yhteistyö hoitohenkilökunnan kanssa

	Täysin samaa mieltä	Jokseenkin samaa mieltä	En osaa sanoa	Jokseenkin eri mieltä	Täysin eri mieltä
Minua on kannustettu osallistumaan omaiseni hoidon suunnitteluun	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Olen osallistunut omaiseni hoitosuunnitelman laadintaan yhteistyössä hoitohenkilökunnan	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Täysin samaa mieltä	Jokseenkin samaa mieltä	En osaa sanoa	Jokseenkin eri mieltä	Täysin eri mieltä
kanssa					
Koen tulevani kuulluksi omaiseni hoitoon liittyvissä asioissa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Omaisellani on mahdollisuus vaikuttaa hoitoonsa liittyviin asioihin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tavoitteemme omaiseni hoidossa ovat yhteneväiset hoitohenkilökunnan kanssa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Omaiseni hoitoa on toteutettu yhdessä laadittujen tavoitteiden mukaisesti	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Luotan hoitohenkilökunnan ammattitaitoon omaiseni hoidossa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Yhteistyö hoitohenkilökunnan kanssa on riittävää	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

8. Voit vapaasti kertoa kokemuksistasi yhteistyöstä hoitohenkilökunnan kanssa.

Vastaa seuraaviin väittämiin...

9. Omahoitajuus

	Täysin samaa mieltä	Jokseenkin samaa mieltä	En osaa sanoa	Jokseenkin eri mieltä	Täysin eri mieltä
Tiedän mitä omahoitajuudella tarkoitetaan	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tiedän kuka on omaiseni omahoitaja	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Yhteistyö omahoitajan kanssa on toimivaa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Täysin samaa mieltä	Jokseenkin samaa mieltä	En osaa sanoa	Jokseenkin eri mieltä	Täysin eri mieltä
Yhteistyö omahoitajan kanssa on riittävää	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Omahoitajuus on järjestetty mielestäni hyvin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

10. Toivoisitko omaisesi omahoitajalta säännöllistä yhteydenpitoa?

- ☐ Kyllä
- ☐ En

11. Millaisissa asioissa toivoisit omahoitajan olevan sinuun yhteydessä?

Voit valita yhden tai useamman vaihtoehdon.

- ☐ Omaiseni terveydentilan heikentyessä
- ☐ Omaiseni terveydentilan kohentuessa
- ☐ Arkisissa asioissa kertoen viime aikojen tapahtumista
- ☐ Kysyäkseni mielipidettäsi omaisesi hoitoon liittyvissä asioissa, kuten lääkehoito ja sairaalajakson tarpeellisuus
- ☐ Jokin muu, mikä?

12. Millä tavoin toivoisit sinuun otettavan yhteyttä?

Voit valita yhden tai useamman vaihtoehdon.

- ☐ Puhelimitse
- ☐ Tekstiviestillä
- ☐ WhatsApp-viestillä
- ☐ Sähköpostitse

Vastaa seuraaviin väittämiin...

13. Yhteistyötä tukeva toiminta

	Täysin samaa mieltä	Jokseenkin samaa mieltä	En osaa sanoa	Jokseenkin eri mieltä	Täysin eri mieltä
Olen kiinnostunut yhteisistä omaisille ja asukkaille järjestettävistä tapahtumista hoitokodissa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Olen osallistunut hoitokodissa järjestettäviin yhteisiin tapahtumiin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Omaisille ja asukkaille järjestettäviä yhteisiä tapahtumia on riittävän usein	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Yhteiset tapahtumat ovat tärkeitä yhteistyön kannalta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

14. Toivomme sinulta kommentteja ja kehitysehdotuksia hoitohenkilökunnan ja omaisten väliseen yhteistyöhön.

--

15. Minkä arvosanan antaisit omaisyhteistyölle?

Valitse vastaus asteikolla 1-10.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Huonoin ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ Paras

Tutkimuslupahakemus

TUTKIMUSLUPAHAKEMUS

Elimäen Fenix-koti oy

TUTKIMUKSEN NIMI:

MIELENTERVEYSKUNTOUTUJEN OMAISTEN KOKEMUKSIA OMAISYHTEISTYÖSTÄ

TAUSTATIEDOT

Opiskelemme Kymenlaakson ammattikorkeakoulussa Xamk:ssa sairaanhoitajan tutkintoa. Valmistumme keväällä 2020. Teemme opinnäytetyönä kyselytutkimuksen Fenix-kodin asukkaiden omaisille.

TARKOITUS JA TAVOITEET

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata mielensterveyskuntoutujien omaisten kokemuksia omaisyhteistyöstä. Työn tavoitteena on tuottaa tietoa, jonka avulla omaisyhteistyötä voitaisiin kehittää.

TUTKIMUSMENETELMA JA AINEISTON KERUU

Tutkimus tehdään käyttäen Kvantitatiivista eli määrällistä tutkimustapaa. Aineisto kerätään sähköisellä kyselylomakkeella, joka tehdään Webropol- palvelun avulla. Aineiston analyysi tapahtuu myös Webropolin analysointityökaluja käyttäen.

TUTKIMUKSEN AIKATAULU

Kyselylomakkeet lähetetään omaisille sähköpostitse huhtikuun 2020 lopulla. Vastausaikaa varataan yksi viikko. Opinnäytetyö valmistuu touko-kesäkuussa 2020.

TUTKIMUKSEN SUORITTAJAT:

Anna-Kaisa Backman

Tea Permanto

Kaakkois-Suomen amk, Metsolan kampus

Kaakkois-Suomen amk, Metsolan kampus

TUTKIMUTYÖN OHJAAJAT:

Sari Engelhardt (Kaakkois-Suomen amk)

Susanna Niinimäki (Fenix-koti Oy)

Käsitellessäni omaisiin, asukkaisiin tai työntekijöihin liittyviä tietoja sitoudun käyttämään saamiani tietoja ainoastaan tutkimustarkoitukseen. En luovuta tietoja sivullisille. Sitoudun raportoimaan tutkimuksesta tutkimusluvan myöntäjälle.

Päivämäärä Tutkimuksen tekijöiden allekirjoitus ja nimenselvennys

Liitteet: Tutkimussuunnitelma

PÄÄTÖS

☒ Myönnetään hakemuksen mukaisena

Päivämäärä Tutkimusluvan myöntäjän allekirjoitus

2.5.20

